

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM**



**CUIDANDO DA SEXUALIDADE DA MULHER/CASAL NA
GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO BUSCANDO A PROMOÇÃO DE SEU
POTENCIAL SEXUAL - UM DESAFIO TRANSCULTURAL**

**DANIEL MATIAS GHIZONI
EDIMAR ELZA VIEIRA SOARES
KELLY FOLLY KUBO
LEILA MARI ALCÂNTARA FORTUNATO**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0287
Título: Cuidando da sexualidade da
mulher/casal na gestação e no puerpério



972492302 Ac. 241473
Ex.1 - UFSC BSCCSM CCSM

FLORIANÓPOLIS, 2001.

**CCSM
TCC
UFSC
ENF
0287
Ex.1**

**DANIEL MATIAS GHIZONI
EDIMAR ELZA VIEIRA SOARES
KELLY FOLLY KUBO
LEILA MARI ALCÂNTARA FORTUNATO**

**CUIDANDO DA SEXUALIDADE DA MULHER/CASAL NA
GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO BUSCANDO A PROMOÇÃO DE SEU
POTENCIAL SEXUAL - UM DESAFIO TRANSCULTURAL**

*Trabalho de conclusão da 8ª unidade
curricular do curso de graduação em
Enfermagem da UFSC apresentado à
disciplina “Enfermagem Assistencial
Aplicada”.*

**Orientadora: Professora Olga Regina Zigelli Garcia
Supervisora: Enfermeira Maria Aparecida de Souza
Banca Examinadora:
Professora Olga Regina Zigelli Garcia
Enfermeira Maria Aparecida de Souza
Professora Vitória Regina Petters Gregório**

Florianópolis, 2001

O que é o AMOR?

***Eu diria que é amar, amar incondicionalmente,
amar intensamente, é entregar-se de corpo e alma
sem medo de ser feliz.***

***O amor é sonhar acordado com um beijo gostoso,
um gesto carinhoso, doce carícia entre corpos ardentes
com a malícia de criança inocente.***

***O amor é essa troca de calor, é a forte emoção
que faz bater mais intensamente o coração.***

***O amor é a ternura dos amantes que vivem
a loucura fascinante de doar-se inteiramente
com, pelo e para o amor.***

***Assim sendo, a Deus só peço a graça,
o dom de sonhar e viver,
viver este amor em sua plenitude,
pois experimentando poderei dizer que é isto
realmente o amor!***

Autora: Edimar Elza Vieira Soares

RESUMO

Este trabalho consiste em um projeto assistencial realizado no período de 07/02/2001 a 01/06/2001 no Centro de Saúde do bairro Mont Serrat, com o objetivo de cuidar da sexualidade da mulher/casal na gestação e puerpério, buscando promover o seu potencial sexual, fundamentado no referencial teórico de Madeleine Leininger, um desafio transcultural. No decorrer de nosso projeto, foi criado um instrumento para consulta que serviria como guia e para coletar dados, com a finalidade de conhecer com mais profundidade e criar um vínculo com a clientela já referida. Além disso, os acadêmicos instituíram encontros quinzenais com as gestantes com a finalidade de abordar os mais variados temas relacionados a gravidez, com enfoque no exercício de sua sexualidade. A utilização da teoria de Leininger norteou a realização de nosso trabalho, pois ao escolhermos um tema tão cheio de mitos e tabus, nada melhor que buscar uma teórica que tivesse estudado tão profundamente a universalidade e as diversidades culturais do cuidado e como lidar com as mesmas. Ao final de nosso estágio conseguimos atender 18 gestantes e 12 puérperas. O estudo realizado com estas mulheres demonstrou que no período gestacional, ocorrem modificações na sexualidade. Modificações estas evidenciadas como aspecto negativo, pelo fato de que grande parte das gestantes (55,6%) relatam uma piora na atividade sexual depois de engravidar. Em parte isto se deve a fatores fisiológicos, como enjoos, sonolência, cansaço, entre outros; e por fatores culturais como mitos, crenças e tabus, associado a falta de conhecimento acerca da atividade sexual e sexualidade na gestação. Outro fato que chamou atenção foi o elevado índice de cesarianas, estando tanto nas gestantes (50%) como nas puérperas (32,3%) acima do índice preconizado pelo Ministério da Saúde (25%). No desenvolver do trabalho verificamos ainda o elevado índice de falta de planejamento familiar, não utilização de métodos contraceptivos, o baixo número de uso de preservativo e com isto a falta de prevenção de DST/AIDS. Podemos concluir então, que é muito importante abordar a sexualidade da mulher/casal na gestação e puerpério, pois são momentos distintos e com suas respectivas peculiaridades. É uma fase cheia de dúvidas, ansiedades e preocupações com o bebê, deixando-se portanto, a sexualidade em 2º plano. Assim, vimos a necessidade de se fazer um trabalho que abordasse a sexualidade, pois além de ser um desafio transcultural, seria um desafio para nossas vidas. As propostas estabelecidas foram alcançadas, ou seja, a promoção do potencial sexual da mulher/casal na gestação e puerpério

SUMÁRIO

1-INTRODUZINDO O TEMA	11
2-ESTABELECENDO OS OBJETIVOS	13
2.1-Objetivo Geral	13
2.2-Objetivos Específicos	13
3-REVISANDO A LITERATURA	15
3.1-Anatomia do Aparelho Reprodutor Feminino	15
3.2-A Ovulação e a Fecundação	17
3.3-Resposta Sexual Humana	18
3.3.1-Fases da Excitação	19
3.3.2-Fase de Platô	20
3.3.3-Fase de Orgasmo	21
3.3.4-Fase de Resolução	22
3.4-Gravidez	23
3.4.1-Aspectos Biológicos	23
3.4.2-Aspectos Psicossociais e Culturais	26
3.4.3-Gravidez e Sexualidade	27
3.4.3.1-Sexualidade no Primeiro Trimestre de Gestação	37
3.4.3.2-Sexualidade no Segundo Trimestre de Gestação	39
3.4.3.3-Sexualidade no Terceiro Trimestre de Gestação	39
3.5-Puerpério	41

3.5.1-Aspectos Biológicos	41
3.5.2-Aspectos Psicossociais e Culturais	41
3.5.3-Puerpério e Sexualidade	43
4-BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO	49
4.1-Marco Conceitual	49
4.2-Apresentação da Teoria	49
4.3-Pressupostos Básicos Da Enfermagem Transcultural	51
4.4.Conceitos da teoria de Madeleine Leininger, pessoais e de outros autores	52
4.5-Estrutura e Dinâmica da Teoria	56
4.5.1-Propósito e Objetivo da Teoria	56
4.6-Processo de Enfermagem	56
4.6.1-Processo de Cuidar	57
4.6.1.1-Conhecendo a Situação	57
4.6.1.2-Refletindo sobre a Situação do Cliente	58
4.6.1.3-Planejando e Fazendo o Cuidado	58
4.6.1.4-Avaliando o Cuidado	59
5-ESTABELECENDO AS AÇÕES METODOLÓGICAS	60
5.-Aspectos Gerais do Campo de Estágio	60
5.2-População Alvo	62
5.3-Plano de Ação	62
6-FAZENDO O CRONOGRAMA	67
7-DESCREVENDO OS RESULTADOS	69
7.1- ATIVIDADES PROPOSTAS	69
7.1.1- Objetivo 1	69
7.1.2- Objetivo 2	70
7.1.3- Objetivo 3	70
7.1.4- Objetivo 4	71
7.1.5- Objetivo 5	85
7.1.6- Objetivo 6	95

7.1.7- Objetivo 7	96
7.1.8- Objetivo 8	98
7.1.9- Objetivo 9	102
7.1.10- Objetivo 10	102
7.1.11- Objetivo 11	104
7.1.12- Objetivo 12	105
7.1.13- Objetivos Não Propostos e Alcançados	106
8. FAZENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
9. FAZENDO AS RECOMENDAÇÕES	114
10. RELATANDO A BIBLIOGRAFIA UTILIZADA	117
11. RELATANDO AS PERCEPÇÕES INDIVIDUAIS DOS ACADÊMICOS	121
11.1 DANIEL	121
11.2 EDIMAR	123
11.3 KELLY	125
11.4 LEILA	126
12. APÊNDICES	127
13. ANEXOS	149
14. PARECER FINAL DA ORIENTADORA	161

1- INTRODUZINDO O TEMA

A gravidez faz parte da história cultural da maioria das mulheres, no transcorrer de seu ciclo vital. Durante anos a sociedade em geral, inclusive os médicos, encarou a mulher grávida como sexualmente inerte e desinteressada, uma vez que a exemplo de Maria, mãe de Jesus, carrega em seu ventre “o símbolo do amor, da pureza e da inocência”. Nesta ótica a gestante foi vista por décadas como uma mulher em “estado de graça”, pura e a exemplo da Virgem Maria, “santa”, portanto, assexuada.

De acordo com Castro Lopes (1995) o fato de não existirem muitos estudos sobre sexualidade na gravidez deve-se à atitude médica, que por influência destes tabus sociais, desaconselhou a prática sexual durante a gravidez, inclusive nos casos em que não havia justificativa médica para isto. Com o advento de novos estudos na área da sexualidade humana, comprovou-se que uma mulher que vivencie uma gestação saudável pode manter uma vida sexual ativa, sem que haja efeitos nocivos ou prejuízos ao binômio mãe-filho.

É inegável que durante a gestação ocorrem modificações físicas, psicológicas e sociais na vida de um casal que vivencia esse processo. Diríamos que é até provável que estas modificações influenciem sobremaneira a expressão da sexualidade, mas isso não significa que a sexualidade esteja afetada como um todo, uma vez que esta última segundo Garcia (1998), ultrapassa os limites do corpo, ou seja, da resposta puramente biológica, atingindo o imaginário, o que lhe confere uma dimensão exclusivamente humana. Nesta ótica, a sexualidade humana tem sido descrita como uma necessidade básica e a necessidade de

expressão sexual é vista, segundo Shustter apud Garcia (1998) como um dos requisitos universais de auto-cuidado.

Com este entendimento da sexualidade, acreditamos que a gravidez e o pós parto tem influência direta sobre a mesma na medida em que afeta sobremaneira a relação da mulher consigo mesma e com as pessoas com as quais interage no seu contexto de vida. Neste sentido, optamos por desenvolver um trabalho que, ao nos propiciar o cuidado de enfermagem ao casal no período gestacional e pós parto, nos remetesse ao desafio da manutenção e promoção do potencial de sexualidade, na busca de uma melhor qualidade de vida.

Decidimos realizar este estudo motivados pelo interesse comum de preencher o déficit curricular do Curso de Graduação em Enfermagem sobre esta temática, tão pouco abordada em nossa formação, em especial no cuidado a mulher grávida e a puérpera. Para nortear nossa prática, escolhemos o modelo teórico de Madeleine Leininger por esta focalizar o cuidado fundamentado no estudo comparativo e análise das culturas buscando a oferta de serviços significativos e eficazes às pessoas, de acordo com seus valores culturais e contexto de saúde e doença, uma vez que, segundo Garcia (1998) a expressão da sexualidade está diretamente relacionada a cultura e história de vida.

Esperamos com este trabalho ter contribuído para o crescimento pessoal da mulher grávida/puérpera, na busca da expressão de seu potencial sexual, o que, sem dúvida trará como consequência um salto qualitativo positivo em sua história de vida, ao mesmo tempo que consolidará nossa formação profissional como enfermeiros na busca do preenchimento de uma lacuna neste campo do cuidado de saúde da população.

2. ESTABELECENDO OS OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Prestar cuidado de enfermagem à mulher/casal, com enfoque na sexualidade em especial a partir do 3º trimestre de gestação e no retorno à atividade sexual no pós-parto, fundamentado no referencial teórico de Leininger.

2.2 Objetivos Específicos

Conhecer a estrutura física e operacional do centro de saúde (CS) Mont Serrat.

Conhecer a equipe multiprofissional do posto e interagir com a mesma, apresentando a proposta de trabalho a ser desenvolvida.

Elaborar instrumento para consulta de enfermagem em sexualidade à mulher/casal na gestação e puerpério.

Planejar, implementar e avaliar a consulta de enfermagem à mulher/casal na gestação, com enfoque na sexualidade a partir da manutenção, adaptação ou repadronização do cuidado, considerando os aspectos culturais.

Planejar, implementar e avaliar a consulta de enfermagem à mulher/casal no puerpério, com enfoque na sexualidade a partir da manutenção, adaptação ou repadronização do cuidado, considerando os aspectos culturais.

Elaborar materiais didáticos para o desenvolvimento das atividades práticas, facilitando o processo educativo.

Realizar oficinas com grupos de gestantes/casais grávidos, incluindo a temática da sexualidade.

Ampliar conhecimento científico e popular sobre sexualidade e gravidez.

Contribuir com o curso de graduação em enfermagem da UFSC socializando o conhecimento adquirido através de nosso trabalho.

Participar de eventos científicos com o objetivo de aprofundar conhecimento sobre o tema.

Avaliar periodicamente o desenvolvimento do projeto.

Realizar estágio extracurricular no CS Mont Serrat.

3. REVISANDO A LITERATURA

3.1 Anatomia do Aparelho Reprodutor Feminino

Antes de mais nada, já que falaremos da sexualidade da gestante/ casal grávido e puérpera, é indispensável que façamos uma breve revisão da anatomia do aparelho reprodutor feminino assim como do processo de fecundação. Para tanto, nos baseamos no texto Órgãos Genitais Externos (2001) que diz o seguinte:

Órgãos sexuais externos:

Vulva: A vulva é o conjunto dos vários órgãos externos. Na vulva podemos distinguir:

O Monte de Vênus: Camada de gordura situada sobre o púbis. A partir da puberdade esta camada protetora cobre-se de pêlos;

Os grandes lábios: Duas pregas de pele com pêlos que cobrem os restantes órgãos;

O clitóris: Pequeno órgão erétil e saliente no ponto onde se unem, na parte de cima, os pequenos lábios. Fica praticamente tapado pelos grandes lábios e a sua estrutura é formada por um tecido esponjoso muito sensível à estimulação sexual. A sua extremidade está coberta por um capuz. O clitóris é um dos órgãos receptores e transmissores da estimulação sexual na mulher. É muito sensível;

O meato urinário: Pequeno orifício por onde sai a urina situado entre o clitóris e a entrada da vagina;

O orifício vaginal: Entrada da vagina;

O hímen: Membrana muito fina e elástica que cobre parcialmente a entrada da vagina. Essa abertura, de tamanho variável, permite a saída da menstruação e também, normalmente, a introdução de tampões sem qualquer problema.

Abrimos aqui um parêntesis para falar da importância cultural do hímen para a nossa sociedade. Sabe-se que desde muito tempo atrás, em algumas culturas como a nossa, por exemplo, conferiu-se ao hímen um aspecto de mantenedor da pureza da mulher que ainda o possuía, pois indicava teoricamente que esta ainda era virgem. Queria-se ter a certeza de que a jovem chegava virgem ao casamento, e o hímen intacto era o "selo de garantia". De acordo com Órgãos Genitais Externos (2001) ser virgem significa que uma mulher não teve relações sexuais coitais e, por isso, não houve "rotura" do hímen. Falar de "rotura" dá uma idéia falsa pois, na verdade, o hímen é uma membrana fina e flexível que apenas cobre parcialmente a entrada da vagina. A prática de desportos pode fazer diminuir a superfície desta membrana, ou seja, "romper" o hímen. Ainda hoje, inclusive na cultura açoriana onde desenvolveremos nosso trabalho, percebemos que ainda se encontra subentendida a importância da virgindade feminina, e a queda de status que a ausência da mesma provoca.

De acordo o texto Órgãos Genitais Internos (2001) os órgãos sexuais internos se dividem em:

Ovários: Os ovários são glândulas sexuais femininas que produzem os óvulos e os hormônios sexuais femininos: estrogênio e progesterona. A superfície dos ovários está coberta por cavidades chamadas folículos. Cada folículo produz um óvulo. O óvulo é uma célula reprodutora feminina. É muito maior que o espermatozóide e movimenta-se com dificuldade. O óvulo tem capacidade reprodutora durante mais ou menos vinte e quatro horas seguintes à sua saída do ovário. Ao contrário do homem, as mulheres quando nascem, dispõe já de todas as suas células reprodutoras em número muito superior ao que poderá utilizar ao longo de toda a sua vida fértil. Até à puberdade, essas células permanecerão imaturas. Na puberdade iniciar-se-á o processo da ovulação;

Trompas de Falópio: Dois canais compridos e estreitos que captam os óvulos quando saem do ovário e os conduzem ao útero. O óvulo saído do folículo é aspirado pela Trompa de Falópio correspondente. Permanece aí durante um curto período durante o qual se encontrar um espermatozóide origina um ovo que se instala no útero;

Útero ou matriz: É uma estrutura muscular que constitui-se de uma cavidade revestida por uma mucosa, o endométrio, que aumenta de volume no momento da ovulação por influência do corpo amarelo;

Colo do útero: Zona que une o útero à vagina, através de uma passagem chamada canal cervical. Por ação de um hormônio, o estrogênio, o colo do útero durante a ovulação produz um líquido viscoso que favorece a progressão dos espermatozóides para as trompas de Falópio. O colo do útero tem uma grande capacidade de dilatação que é regulada a nível hormonal e se manifesta no momento do parto, pois a criança ao nascer tem de passar através dele;

Vagina: Canal flexível de tamanho variável que vai do colo do útero até ao exterior. Normalmente as paredes da vagina estão juntas. Quando se produz excitação sexual as paredes da vagina separam-se um pouco e produzem um líquido. A lubrificação vaginal é um fenómeno muitas vezes involuntário que tem lugar como resposta a estímulos que em dado momento são capazes de excitar sexualmente. A vagina, tal como o colo do útero, tem uma grande capacidade de dilatação, pois permite a passagem da criança no momento do parto.

3.2 A ovulação e a fecundação

O desencadeamento da ovulação é determinado por hormônios produzidos pela hipófise. Segundo Stoppard (1995), durante a vida reprodutiva da mulher, seus ovários liberam óvulos em ciclos. Cada um desses ciclos dura cerca de 28 dias. Na primeira metade de cada ciclo ovariano, cerca de 20 óvulos começam a amadurecer e ocupam sacos cheios de líquidos (folículos). Um desses folículos amadurece e se rompe, liberando o óvulo. Isso acontece em 14 dias ou mais

antes do final do ciclo, independentemente de sua duração total. Os outros folículos murcham e seus óvulos morrem.

De acordo com o texto Órgãos Genitais Internos (2001) desde o momento em que se produz a ovulação existem duas possibilidades: Se ocorrer a fecundação, o ovo aninha-se na parede do útero e desenvolve-se uma gravidez. Neste caso não diminui a produção de hormônios pelo ovário. Se por outro lado, a fecundação não ocorrer, diminui a produção de hormônios pelo ovário e como consequência descama-se parte da mucosa do útero juntamente com o óvulo e um pouco de sangue, que ao descer do útero em direção a vagina, exterioriza-se na forma de sangramento chamado menstruação ou regra, e tem a duração de três a cinco dias ou mais.

Aqui, novamente, abrimos espaço para refletir sobre mais um aspecto cultural comum no Brasil e cultura açoriana: a idéia de que durante a menstruação, uma mulher não pode ter relações sexuais, não pode tomar banho, fazer uso de medicamentos, etc. Na verdade, não conhecemos estudos que validem estas informações, e concordamos com o texto citado acima quando diz que a menstruação não tem que alterar o ritmo de vida habitual pois é um fenômeno completamente normal e fisiológico, apesar de as vezes produzir alguns incômodos passageiros. Para medirmos o ciclo menstrual contamos desde o primeiro dia em que há saída de sangue até ao último dia antes da menstruação seguinte. A duração do ciclo é diferente para cada mulher e muitas vezes mesmo para cada ciclo da mesma mulher.

Corpo Amarelo: Após romper-se o folículo e sair o óvulo, forma-se o chamado corpo amarelo. O corpo amarelo segrega um hormônio, progesterona, que faz com que a parede mucosa do útero, endométrio, aumente de volume preparando-se para receber o ovo.

3.3 Resposta Sexual Humana

O tema resposta sexual humana quando abordado geralmente é restrito ao ato sexual, no entanto envolve muito mais do ser que um simples vínculo com o

biológico, não sendo algo definidamente objetivo e quantitativo. De acordo com o texto *Resposta Sexual Humana* (2001) a resposta sexual humana representa a tradução a nível psico-fisiológico de todo um mundo muito amplo e rico, feito de imaginação, criatividade e comunicação. A estimulação pode dar-se através de qualquer dos sentidos e também através da imaginação. O sentido do tato tem um papel muito importante. Todo o corpo é susceptível de ser estimulado, mas há lugares onde existe maior sensibilidade; são as zonas erógenas que são várias, como por exemplo: os lábios, a nuca, as orelhas, os seios, os mamilos, as zonas genitais, as coxas, e um longo "etc.". As preferências neste sentido estão muito ligadas a cada pessoa e a cada situação.

A sexualidade engloba vários componentes, e o sexo (visão biológica: estímulo gerando respostas) consiste em apenas mais um. Montgomery (1997), afirma que sexo e a sexualidade são distintos. Sexo (genitalidade, para o autor), não é restrito exclusivo do ser humano, pois está presente em todos os seres vivos. Sexualidade tem uma dimensão exclusivamente humana, exigindo uma interação de fenômenos como: prazer, emoção, afetividade, e comunicação. Nesta ótica, sexualidade engloba a genitalidade, entretanto ultrapassa os limites do corpo e, com isto atinge o imaginário.

Segundo Masters e Johnson apud Garcia (1998), as técnicas para definições/descrição das principais modificações físicas desenvolvidas durante os ciclos da resposta sexual humana masculina e feminina, foram inicialmente, as de observação direta e de medição física. A reação fisiológica aos estímulos sexuais pode ser apresentada, em quatro fases separadamente, não esquecendo que estas fases são apenas um esquema que procure facilitar a compreensão e nunca um modelo a seguir pois cada pessoa deve construir a própria maneira de expressar a sexualidade.

3.3.1 Fase de Excitação:

Corresponde ao início do interesse sexual, desencadeado pelos mais variados estímulos, de acordo com a história de vida e individualidade de cada

pessoa. Os estímulos são levados, por nervos específicos, até os centros inferiores de resposta sexual, localizados na coluna, de onde são também carreados por nervos específicos até os centros superiores de resposta sexual prazerosas, hipotálamo, sistema límbico. Os estímulos visuais e olfativos chegam diretamente a certas regiões dos centros cerebrais de resposta sexual e aí são selecionados em prazerosos e não prazerosos. Após essa seleção, nervos eferentes vão comandar diversas reações corpóreas, ou seja, reações neurológicas, musculares, endócrinas e vasodilatadoras, que vão modificar os órgãos genitais do estado de repouso para o estado de excitação. (Vargas apud Garcia, 1998).

Na mulher, os órgãos genitais em estado de repouso dispõem-se da seguinte forma: útero dentro da cavidade pélvica; o clitóris escondido no prepúcio, a vagina enxuta, caída, com um espaço virtual. Com a excitação, por meio de diferentes estímulos, genitais e não genitais, e sob transmissão nervosa, esses órgãos recebem aumento de fluxo sanguíneo. O clitóris ingurgita e torna-se mais sensível ao toque, na parede vaginal, aparece uma exsudação mais ou menos espessa, capaz de lubrificar a vagina e facilitar assim a possível penetração. Simultaneamente ocorre a ereção dos mamilos, dilatação das aréolas, grandes lábios se afastando, orifício vaginal e os pequenos lábios aumentam de tamanho. A vagina se alarga e se aprofunda e os tecidos perivaginais, ingurgitados de sangue, se tornam a plataforma orgástica (início da fase de platô). (Masters e Johnson apud Garcia 1998)

No homem, antes da excitação o pênis está flácido e relaxado, com pouco sangue no corpo cavernoso e no corpo esponjoso. Os testículos estão afastados do corpo, na sua posição normal. Com a excitação, o cérebro envia ordens de vasodilatação para os tecidos do pênis. A bolsa escrotal começa a alisar-se, os testículos começam a se aproximar do corpo, os mamilos ficam rígidos (isso não ocorre em todos os homens) e o pênis começa a ficar rígido. O homem pode excitar-se rapidamente, porque bastam 20 a 30 centímetros cúbicos para encher seus órgãos genitais de sangue e assegurar uma boa ereção, o que pode levar de 2 a 5 minutos.

Em contrapartida, a mulher precisa do triplo de sangue para irrigar toda pelve garantir excitação constante e uma boa lubrificação, e este tempo nunca é inferior a 15 a 20 minutos (Masters e Johnson apud Garcia, 1998).

3.3.2 Fase de Platô

Esta fase subsequente a primeira, é o momento de alto grau de excitação, onde a mesma se mantém em níveis altos e tende a não aumentar nem diminuir. A excitação chega com muita nitidez ao córtex cerebral e tanto a mulher como homem podem controlar seus atos (algumas pessoas menos avisadas imaginam que durante esta fase ou mais tarde, durante a fase de orgasmo, o indivíduo perca o controle sobre seus atos). Na mulher o clitóris já ficou ereto e rodou para dentro da sínfise púbica. Ocorre então, intensa vasodilatação no terço externo da vagina, que ao ser penetrada pelo pênis se estreita, tentando agarrá-lo; a lubrificação que era intensa, pode diminuir quanto esta fase se prolonga. Os dois terços internos da vagina expandem-se elevando o útero. Tanto o corpo do clitóris como a glândula se retraem, mas a sensação clitoriana persistirá caso os estímulos aí também persistam. A pele de todo corpo pode apresentar-se avermelhada. O coração bate mais rápido (podendo chegar a 120 batimentos por minuto), a respiração se torna mais intensa e acelerada e a pressão sangüínea aumenta.

No homem, além destas alterações , os corpos cavernosos e o esponjoso ficam cheios de sangue, a ereção torna-se total. Os testículos dobram de tamanho. Uma gota clara de secreção mucóide aparece no orifício uretral. (Masters e Johnson apud Garcia,1998)

3.3.3 Fase de Orgasmo

Segundo Vargas apud Garcia (1998), apesar de não poder ter uma definição única, devido as características individuais de cada pessoa, o orgasmo, genericamente pode ser descrito como a perda momentânea de consciência, que pode ter a duração de até 90 segundos, ou até 104, na mulher. Essa sensação é

simultânea a alterações neuro-musculares e endócrinas somadas a vasodilatação generalizada nas mulheres jovens e parcial nas mulheres maduras. Para Masters e Johnson apud Garcia (1998), é concomitante o rubor, calor, aumento da frequência cardíaca e também da pressão arterial, estando ligada às contrações musculares dos membros inferiores e, principalmente, dos músculos do assoalho pélvico e circunvaginais. Esses se contraem a cada 0,8 segundos, 8 a 12 vezes na mulheres jovens e 4 a 8 vezes na mulheres mais idosas. Quanto maior o número de contrações, mais longo é o orgasmo, embora não necessariamente mais intenso. O orgasmo pode ser ou não seguido de expulsão, pela uretra, de líquido, produzido nas glândulas de Skene e chamado de ejaculação feminina, que pode variar de 15 a 200ml e está presente mais freqüentemente nas mulheres multiorgásticas que representam 14% do total das orgásticas.

Resumidamente, do ponto de vista orgânico o orgasmo causa: ereção do mamilo, manchas no corpo, musculatura tensa com perda de controle; contração involuntária do ânus; aumento da frequência cardíaca e respiratória, sendo que a cardíaca alterando-se de 40 - 60 para 120 bpm; sudorese nas mãos e nos pés; entumecimento do prepúcio do clitóris; descida do útero para o lago seminal, emissão e ejaculação (em algumas mulheres). Na mulher não há período refratário (Masters e Johnson apud Garcia, 1998).

3.3.4 Fase de Resolução

Neste período, após o orgasmo, ocorre uma descarga de endorfina, tanto no homem quanto na mulher. Este homônimo provoca uma sensação agradável de plenitude e bem estar, além de um relaxamento total. (Garcia 1998) Segundo a autora este período caracteriza-se pelo deslizamento suave que vai do começo do declínio da excitação/sensação orgástica, até o descanso final. Na mulher, este declínio normalmente é lento e suave e este é um dos motivos pelos quais ela pode, se desejar e for adequadamente estimulada, retomar a excitação para um novo declínio posteriormente e assim sucessivamente (orgasmos múltiplos).

No homem, normalmente este declínio é brusco, motivo pelo qual, via de regra ele é mono-orgástico. Aliado a isto, o homem, após o período de resolução entra em período refratário, no qual por um determinado tempo que varia de acordo com a idade e outras variáveis, o pênis entra em estado de flacidez e o homem não consegue obter uma nova ereção (Masters e Johnson apud Garcia,1998).

De acordo com o texto Resposta Sexual Humana (2001) a resposta fisiológica a um estímulo sexual é sempre a mesma, ou seja, o que se passa no corpo é o mesmo quer se relacione com o próprio (masturbação) quer com outra pessoa do mesmo ou do outro sexo. Ao contrário do que se pensou durante muito tempo, a resposta sexual é muito semelhante no homem e na mulher sendo que a diferença básica está no tempo que ocorra. No corpo de ambos, têm lugar duas reações básicas diante de um estímulo sexualmente excitante: a vasocongestão, ou seja, a afluência de sangue dos vasos sangüíneos, e a miotonia, ou seja, o aumento da tensão muscular. Estes dois fenômenos são os responsáveis por boa parte das mudanças que o corpo experimenta à medida que responde positivamente a estímulos eróticos. Todas estas mudanças podem variar muito de uma pessoa para outra e de uma situação para outra.

3.4 Gravidez

3.4.1 Aspectos biológicos

Segundo Castro e Lopes (1995) no ser humano, a fecundação ocorre quando, depois de uma relação com penetração vaginal e ejaculação masculina, um dos espermatozóides masculinos encontra o óvulo feminino que mensalmente um dos ovários da mulher costuma produzir.

Normalmente, a gestação tem uma duração de 40 semanas ou 280 dias, contados a partir do último período menstrual normal. De todas as manifestações próprias da gravidez, em uma mulher de idade fértil, a mais sintomática é a ausência de menstruação; mas uma gestante, além da alteração das regras,

apresenta habitualmente outras manifestações, muitas delas relacionadas com o seu aparelho digestivo: náuseas, inapetência, vômitos, salivação excessiva, constipação, etc. De acordo com Mainou e Giménez (1995) ao longo dos nove meses de gestação, o corpo da mulher sofre uma série de mudanças físicas que a própria natureza impõe com o objetivo de fazer frente à nova situação. O aumento de peso, o crescimento do ventre e dos seios são as modificações mais evidentes, porém não são as únicas: o sistema cardio-circulatório, o sangue, o aparelho digestivo, o sistema urinário, o aparelho genital e a pele são as estruturas mais importantes que se modificam no decorrer destes nove meses. Cada uma delas se adapta progressivamente ao crescimento do diminuto ser que a futura mãe traz no seu íntimo. Listaremos abaixo, uma explicação mais detalhada sobre as principais alterações locais e sistêmicas que ocorrem no corpo da gestante:

De acordo com Maestri e Liz (1998) as alterações locais referem-se àquelas mudanças dos órgãos reprodutores que ocorrem durante todo o processo de maternidade, e envolvem basicamente útero, cérvix, vagina, períneo e vulva. Com o crescimento do feto há estiramento e hipertrofia dos ligamentos uterinos, fazendo com que haja um acentuado e gradativo aumento de tamanho do útero. Este ocupa cada vez mais espaço no abdome, empurra o intestino e outros órgãos para cima e para os lados. Na cérvix, há aumento de vascularização e edema, tornando-a mais macia, elástica, com coloração azulada e secreções aumentadas. O canal cervical permanece tamponado com muco (que funciona como uma barreira frente à agentes patógenos) que é expelido no início do trabalho de parto. O tecido conjuntivo da vagina, vulva e períneo torna-se mais frouxo, preparando a musculatura para a distensão que deverá sofrer durante o parto. A vascularização aumenta fazendo com que haja mudança na coloração, antes rósea agra vermelho-vinho, e aparecimento de varizes vulvares. Há aumento das secreções ácidas que agem como barreira protetora contra bactérias patogênicas.

De acordo com Rezende (1991) entre as mudanças sistêmicas temos: Modificações no sistema cardiovascular: Constata-se um aumento de mais ou

menos meio litro no volume sangüíneo. Pode haver hipotensão, lipotímia ortostática, edema de membros inferiores, varicosidades e hemorróidas devido ao aumento da pressão venosa. Ainda, pode haver anemia fisiológica, haja visto a diminuição do número do hematócrito e da a hemoglobina, causado pelo aumento do volume globular. De acordo com Mainou e Giménez (1995) os principais sinais e sintomas das alterações cardiovasculares nos três trimestres de gestação são os seguintes: cansaço, desmaios e enjôos, aparecimentos de veias nos seios , nas pernas e ventre e veias varicosas em pessoas propensas a varizes no primeiro trimestre , anemia veias varicosas nas pernas, hemorróidas e edema de membros inferiores no segundo trimestre, e aumento do edema dos pés e tornozelos, hipertensão, diminuição da capacidade respiratória no terceiro trimestre. Há um aumento do fluxo sangüíneo especialmente nas mãos, pés e tornozelos com o propósito de eliminar o calor do corpo, dissipando o calor gerado pelo feto e pelo metabolismo ampliado.

Fluxo renal: Com o aumento do fluxo plasmático renal, o índice de filtração glomerular também aumenta, conseqüentemente, a excreção de água e sódio se eleva principalmente durante a noite. Uma retenção maior de sódio está presente na grávida para suprir as necessidades especiais do feto e dos líquidos extracelulares aumentados na mãe, mantendo-se assim a isotonicidade. De acordo com Mainou e Giménez (1995) entre as modificações mais latentes temos, no primeiro trimestre a micção freqüente e ligeiro corrimento vaginal, no segundo trimestre diminuição da freqüência urinária, maior presença de infecções urinárias, corrimento vaginal abundante (leucorréia) e no terceiro trimestre, a volta da micção freqüente, cistite e aumento de corrimento vaginal, às vezes de tom rosado.

Sistema músculo esquelético: apresenta cartilagem e articulações pélvicas mais móveis. Com o intuito de manter o equilíbrio, a gestante empina o ventre surgindo a lordose da coluna lombar. A marcha anserina é devido à base de sustentação alargada e maiores ângulos que formam os pés com a linha mediana. De acordo com Mainou e Giménez (1995) as principais alterações são dor no baixo ventre,

dor nas costas, câibra nas pernas e entumescimento das mãos, e sensação de peso; todos estes sinais e sintomas se manifestam a partir do segundo trimestre. Alterações hormonais: Ocorrem ainda, algumas modificações de caráter hormonal na gestante, principalmente com relação à dois hormônios: estrogênio e progesterona. Segundo Stoppard (1995), o aumento das quantidades de progesterona e estrogênio circulando no corpo é imediato e dramático. O nível de progesterona sobe para dez vezes o que era antes da concepção, enquanto a quantidade de estrogênio produzida em um único dia é equivalente à produzida pelo ovário de uma mulher não grávida em três anos. Durante o período de gravidez, a gestante produzirá tanto estrogênio quanto uma mulher não grávida poderia produzir em 150 anos.

Como citado acima, várias outras modificações físicas podem ser percebidas, sendo que nos detivemos naquelas que julgamos influenciadoras da sexualidade.

3.4.2 Aspectos psicossociais e culturais

Segundo Castro e Lopes (1995) a gravidez não é uma doença, é um estado normal fisiológico para o qual o corpo feminino está perfeitamente preparado. A gravidez representa um período muito especial não apenas na vida da gestante, como também na de todas as pessoas ligadas à ela. A mulher grávida tem mais necessidade de afeto e carinho do que antes de engravidar (Mainou e Giménez, 1995). Para Ziegel e Cranley (1985) embora a gravidez seja um evento biologicamente normal, é um evento especial na vida da mulher, distinto de outros períodos de sua vida, em que ocorrem alterações fisiológicas, emocionais e psicológicas intensas, além das perceptíveis como as da silhueta e aspecto, levando a gestante a perguntar "quem sou eu?" Essas alterações são respondidas pela futura mãe, de acordo com vários fatores, tais como: seu planejamento de gravidez, seus relacionamentos familiares, o número de filhos que já possui, o seu modo habitual de se ajustar às alterações e outros. Maldonado (1988) considera que a gestação é, juntamente com a adolescência e

o climatério, um período crítico de transição, mas que faz parte do processo normal do desenvolvimento. Contudo, o caráter da gestante, assim como todo o seu corpo, pode sofrer algumas modificações, pois a readaptação hormonal que ocorre neste período, pode provocar na futura mãe irritabilidade, sentimentos depressivos, etc. O que, para nós, obviamente pode influenciar na resposta sexual da gestante. Ainda, o processo de maternidade envolve necessidades de reestruturação e reajuste em vários aspectos, como mudanças de identidade e papéis. Os sentimentos sofrem profundas transformações que necessitam de amparo e este poderá advir de suas próprias concepções, bem como da estrutura familiar e cultural em que a mulher-mãe está inserida. (Castro e Lopes, 1995). Madureira (1994) afirma que o enfermeiro raramente procura saber o que a mulher conhece, qual sua maneira de enfrentar situações que requeiram cuidado, o que estas situações representam para ela, o que a impede de colocar em prática o saber de que dispõe e quem ela busca para auxiliá-la quando se depara com uma situação nova de cuidado. Isto desvaloriza a mulher-mãe como ser humano, capaz de cuidar. Lemos apud Maestri e Liz (1998) diz que assistir a gestante com visão exclusivamente direcionada aos aspectos biológicos e obstétricos sempre foi motivo de insatisfação e inquietude. Além da gravidez, existem outras dimensões humanas da mulher que precisam ser atendidas. Cremos ser a questão cultural então um foco importante da assistência de enfermagem, já que através dele podemos entender melhor o cuidado cultural prestado pela família ao binômio mãe/filho, bem como o cuidado prestado pela própria mãe a si mesma e ao seu filho, garantindo uma assistência voltada às suas reais necessidades. Santos e Zampieri (1998) consideram que deve-se respeitar as crenças e valores da futura mãe e puérpera, buscando prestar cuidados à partir das necessidades e expectativas. De acordo com Ninho apud Textos de Apoio do Capital Criança (1999) na experiência prática, vê-se que aquela gestante que assume o processo de gestação/parto/puerpério como seu, e conta com uma rede de apoio segura, esta tem maiores probabilidades de uma vivência sadia e gratificante.

3.4.3 Gravidez e sexualidade

No passado, quando acontecia a gravidez, o sentimento predominante era de ganho. Mas hoje, a mulher vê inicialmente, as perdas do seu corpo e na sua liberdade e no poder de atração sexual sobre o companheiro. Sente-se como se tivesse caído em uma armadilha (Montgomery 1997), o que faz com que a temática da sexualidade na gravidez no passado "esquecida" pelos médicos venha fazer parte do seu dia-a-dia profissional. A sexualidade na gravidez é, sem dúvida, um dos temas mais difíceis de ser abordado pelos profissionais de saúde e pelos próprios casais grávidos, apesar de todas as dúvidas e ansiedades que desperta.

Homens e mulheres ainda sentem muito constrangimento em falar sobre sua própria sexualidade, principalmente no tocante às dificuldades, mesmo que seja entre parceiros. Segundo Castro e Lopes (1995) a gravidez constitui para o casal uma época de mudanças importantes. Estas mudanças, que podem ser físicas, psíquicas, comportamentais ou ainda sociais afetarão mais ou menos cada casal, em função da informação que possua acerca do processo de gravidez, das experiências prévias, da personalidade e estado psicopatológico e do nível de estresse. Assim, quando o obstetra afirma que o casal deve abster-se de sexo por ser uma gravidez de risco, ninguém contesta nem sequer procura saber o que é ou não permitido e o que fazer quando a sexualidade aflora, uma vez que ela não deixa de se manifestar porque houve uma restrição médica. De acordo com Celso Marzano (2000) as dúvidas são muitas em relação ao comportamento sexual durante uma gravidez, tanto para o homem como para a mulher. Os questionamentos vão desde tempos remotos onde se achava que o sêmen poderia matar o feto por afogamento ou cegá-lo. Os Hindus achavam que o sêmen nutria o feto, enquanto os persas matavam o casal quando estes mantinham relações sexuais durante a gravidez. O fato é que em nossa cultura, ainda existem muitos tabus e preconceitos, os quais, inclusive, acabam sendo reforçados por orientações médicas sem nenhum embasamento científico, ou pior ainda, pelo silêncio dos profissionais de saúde, que "fingem não ver" o tema.

Segundo Castro e Lopes (1995) a razão pela qual, em uma cultura "avançada" como a nossa, não há muitos estudos sobre a sexualidade durante a gestação deve-se a uma atitude médica excessivamente prudente, que desaconselhou as relações sexuais durante a gravidez por influência de tabus sociais, inclusive nos casos em que não havia justificativa médica para isso.

Estes autores afirmam ainda que, durante a gestação, a atividade sexual será afetada pelo processo de mudança que requer uma adaptação específica. Estudos antropológicos mostram que, entre 60 culturas diferentes, 20 delas aproximadamente reprimem ou proíbem a atividade sexual durante a gravidez. (Castro e Lopes, 1995)

Um dos trabalhos pioneiros que rompe com esta tradição de silêncio, e talvez o mais conhecido, é o realizado por Masters e Johnson em 1966, cujo objetivo era conhecer as mudanças fisiológicas da resposta sexual da mulher que espera um filho e depois do nascimento deste. De acordo com os resultados obtidos, a gestante teria uma diminuição do desejo, da capacidade de orgasmos e da satisfação sexual. Mas se nos atermos a estudos recentes, realizados com outra metodologia e com técnicas de medição mais objetivas, podemos ver que as mudanças que se produzem na sexualidade durante a gestação variam segundo a fase em que se encontra a gravidez e não está claro que interfiram na resposta sexual normal. O fato é que a falta de informação acerca da sexualidade na gestação acaba sendo altamente prejudicial para o casal, já que, como refere Rico (2000) a gestação possui potencial para ser um momento de grandes descobertas amorosas. Se o casal encontra-se num relacionamento estável, maduro e sólido, quando a vinda de um filho poderá uni-los de modo mais pleno ou mesmo se a intimidade entre os parceiros propicia um diálogo aberto e honesto, há possibilidade de se poder descobrir outros jeitos de relacionar-se sexualmente, sem que haja penetração. Segundo Stoppard (1995), a gravidez é uma fase que permite a maior cumplicidade entre os parceiros ao descobrirem, juntos, novas formas de buscar o prazer. Esta é uma oportunidade especial para que a mulher aprenda mais sobre como funciona o seu corpo. De modo geral, muitas não realizam a função dos músculos pélvicos durante o ato sexual; outras

nunca procuraram explorar os caminhos da vagina, dos pequenos e grandes lábios, ou do clitóris. Por isso, graças a este empenho, durante a gestação, podem ter as primeiras experiências de orgasmo. Entendemos que neste conceito pode ser inserida a criatividade sexual do casal, buscando sempre novas fontes de prazer para ambos. Essas experiências amorosas e sexuais marcarão o início de uma vida sexual mais prazerosa e satisfatória e, certamente, aprofundarão o relacionamento conjugal de maneira mais duradoura.

No início da gravidez, muitas gestantes manifestam sintomas como náuseas, vômitos, hipersonia e o grande temor do aborto, por acreditarem que o feto ainda não está suficientemente aderido ao útero, e isso compromete sobremodo o desejo sexual. Segundo Castro e Lopes (1995) aproximadamente 30% das gestantes referem temer prejudicar o feto durante o coito. É certo que não existe perigo numa gravidez normal, ou seja, quando não há uma dilatação cervical nem uma bolsa de água proeminente ou hemorragias. Numa gestação normal, a subida do útero impede que isto aconteça. De acordo com Mainou e Giménez (1995) realizar o ato sexual durante a gravidez não envolve risco para a mulher, na maioria dos casos. Simplesmente, é diferente de como se fazia até então. Fazer amor durante a gravidez traz uma série de vantagens para os futuros pais: contribui para manter o casal unido, ajuda no preparo dos músculos da pelve para o parto e é relaxante para ambos, o que se torna benéfico não só para o casal, mas também para o feto. Portanto, a gravidez não deve significar uma interrupção das relações sexuais, bastando não haver uma contra-indicação médica.

Rico (2000) considera que com o corpo visivelmente grávido, seios e ventre avolumados, muitas gestantes percebem-se mais femininas e sensuais, o que faz aumentar o desejo sexual e a procura pelo parceiro. Outras, ainda, por já se encontrarem grávidas, liberam a sexualidade mais espontaneamente, por vezes experimentando pela primeira vez o orgasmo pleno. Alguns homens chegam a estranhar o comportamento de suas mulheres, pois não condiz com a imagem idealizada da figura materna, que é assexuada e pura; principalmente ao final do terceiro trimestre de gestação, quando o corpo da mulher, já bem

desenvolvido, não permite as posições mais tradicionais, alguns homens não se sentem à vontade com novas posições ou mesmo por retornar o temor de prejudicar o feto. Para Stoppard (1995) uma mulher passa por muitas mudanças físicas, emocionais e psicológicas durante a gravidez, que influenciarão suas atitudes e seu prazer com o sexo. Essas mudanças são, principalmente, devido ao incrível aumento dos níveis de hormônios circulando no corpo. Mainou e Giménez (1995) afirmam que o homem também passa por uma série de mudanças de atitude em relação ao sexo com a mulher grávida. O principal problema que o preocupa é o medo de causar algum dano à gestante ou ao futuro bebê. O homem também pode apresentar certas dificuldades psicológicas que inibam seu desejo sexual, quase sempre relacionadas com o medo de machucar a companheira, de sentir-se repellido, ou pela idéia de que a parceira já não sente interesse por ele porque deixaram de ser amantes para se tornarem pais.

Já para Celso Marzano (2000) as mudanças básicas na mulher quando grávida são: queda no interesse sexual, queda na atividade e frequência sexual e queda do libido(vontade). No homem ocorre a diminuição do interesse sexual e uma maior porcentagem de disfunções (doenças) sexuais como impotência.

Entendemos que enquanto algumas gestantes/casais que vivenciam a gravidez sentem um aumento do desejo sexual, outras tem dificuldade para se excitar, sem que qualquer destes comportamentos seja considerado disfuncional. Durante uma gravidez saudável, quando não houver uma contra-indicação médica, a gestante pode sem receio algum manter plenamente o ritmo das atividades sexuais, inclusive as que envolvam penetração vaginal, tornando-se importante, apenas, que haja uma adaptação de posições por parte do casal. De acordo com Stoppard (1995), durante a gestação ocorre no corpo da grávida um aumento abrupto na quantidade de hormônios sexuais (progesterona e estrógeno) o que, em algumas mulheres pode provocar um aumento do desejo sexual, e em outras uma diminuição do mesmo. O importante é que todas as gestantes estejam conscientes de que a relação sexual não precisa incluir, necessariamente, uma penetração, e sim apenas uma troca de carinhos entre o casal. Castro e Lopes (1995) afirmam que embora não haja um desejo do tipo sexual por parte da

gestante, é intensa a necessidade de cuidados e mimos nesta fase, já que a mulher se sente insegura e vulnerável. Algumas gestantes necessitam neste período de maior demonstração de carinho, apoio e até de certa dose de erotismo e menos necessidade de relação sexual com penetração.

Vários fatores influenciam a resposta sexual da gestante. Baseados em Marzano (2000) citaremos alguns:

a)Fatores orgânicos- As mudanças gerais que o organismo materno experimenta durante a gestação, somadas às alterações genitais, tem o potencial para alterar algumas das características da resposta sexual:

Êmese gravídica: Podemos citar, de início, os sintomas gerais que habitualmente acompanham a gestação, desde seus primórdios. Sendo a sexualidade uma função a ser exercida como forma de busca do prazer, evidentemente fica ela prejudicada se a gestante não está se sentindo bem. Incidem com frequência, durante a gestação, vários sintomas que por não terem expressão clínica relevante são denominados de "pequenos sintomas da gestação". Evidentemente essa avaliação é muito superficial, pois mesmo os mais inocentes dos sintomas, tais como a mastalgia (dor na mama) por ingurgitamento venoso, o edema do epitélio vaginal, as náuseas e vários outros podem interferir com o desempenho sexual. Assim, é evidente que mulheres com náuseas não devem estar muito predispostas ao sexo, bem como aquelas cuja área erógena mais importante são as mamas, podem deixar de sentir prazer quando tocadas, pelas alterações que estas sofrem com a gravidez

Congestão pélvica: A congestão pélvica gestacional, aliada às elevadas taxas hormonais circulantes durante toda a prenhez, fazem com que a sensibilidade dos órgãos pélvicos se modifique, o que pode prejudicar o desempenho sexual, notadamente nas fases de excitação e orgasmo. Durante o orgasmo registrou-se mesmo um aumento da contractilidade uterina que, embora seja incapaz de desencadear parto em gestações normais, por não ser dotada do tríplice gradiente descendente, pode trazer desconforto. Num parêntese, diga-se que tais contrações estão presentes nos orgasmos de qualquer fonte, sendo até mesmo mais intensas nos orgasmos desencadeados por masturbação. Assim

sendo, não existe motivação lógica para recomendar abstinência coital às gestantes. O incremento circulatório na região pélvica durante a gestação pode gerar maior sensibilidade álgica à penetração, diminuição do estímulo erógeno ao toque do clítoris, maior sensibilidade nas formações labiais vulvares, etc. Além disso, pelo típico edema de mucosa vaginal que a congestão determina, diminui a distendibilidade vaginal durante a fase de excitação, prejudicando a sensação prazerosa que esse fato determina.

Ingurgitamento mamário: As mamas, congestionadas e ingurgitadas durante praticamente toda a gestação, habitualmente deixam de responder como área erógena, o que pode prejudicar o desempenho sexual das grávidas, especialmente quando seus parceiros não são informados dessas mudanças e insistem em acariciá-las. Além disso, por ser comum a ejeção láctea nas fases de excitabilidade e principalmente de orgasmo, não é raro que esse fato deixe a grávida e seu parceiro constrangidos. Além disso, o comum surgimento do colostro, especialmente durante a excitação e o orgasmo, pode constranger a gestante ou seu parceiro, que usualmente não conseguem compreender bem o que está ocorrendo.

Elevação dos níveis de prolactina: Durante a gestação, bem como no puerpério, ocorre expressivo acréscimo da taxa de prolactina circulante. Ainda que os mecanismos íntimos de atuação não sejam conhecidos, sabe-se com segurança que a prolactina elevada é importante fator de bloqueio de desejo. (Marzano, 2000)

Aumento do volume abdominal: Fica óbvio que, pelo maior peso e volume do útero grávido, existe um encurtamento relativo da vagina, ou ao menos uma perda de sua capacidade de distensão na fase da excitação, que pode tornar menos confortável a penetração peniana. Com o progressivo aumento do volume uterino, freqüentemente o casal necessita assumir posturas pouco habituais para o coito, o que pode ser um fator dificultante para pessoas com visão mais tradicionalista.

b) Fatores psicossociais- São, em nossa maneira de ver, os mais importantes. Ainda que possam ser diferenciados os que atuam predominantemente sobre a

mulher daqueles que agem preferencialmente sobre o homem, preferimos analisá-los em conjunto, tendo em vista que sob esse aspecto o casal funciona como um todo dificilmente divisível. Abordemos os mais importantes:

Regressão afetiva: É importante fator a complicar o exercício da sexualidade na gestação a notável regressão afetiva e emocional que a mulher experimenta no decorrer da gravidez. Emocionalmente instáveis e inseguras, com medo de provocar prejuízos à gestação ou ao conceito, não é incomum que prefiram, por "prudência", abster-se de sexo. Esse fato é amplificado e faz com que se tornem mais importantes os preconceitos e tabus que cercam a gestante. Tudo pode fazer mal, tudo pode ser perigoso, e os "conselhos" ouvidos podem se tornar atemorizantes.

Preconceitos e tabus: Desde o medo de machucar o "bebê", até o temor de desencadear "defeitos", os preconceitos são um fator freqüentemente importante para grande números de mulheres e seus companheiros. Tudo pode "fazer mal" durante a gestação, mas em especial as práticas sexuais são vistas como essencialmente "perigosas", desencadeando abortos e partos prematuros.

Visão psicossocial restritiva: Sendo ainda o exercício da sexualidade visto pela maioria das pessoas como algo de sujo, ruim e até pecaminoso, é óbvio que não se consegue ter, ainda mais durante a gestação, a desejável visão positiva sobre o sexo. Assim, sendo o exercício da sexualidade visto como algo "impuro", torna-se incompatível com o conceito de uma certa "santidade", que cerca a maternidade.

Sensação de perda de atratividade: Ainda que muitas vezes motivada, a sensação de não ser mais desejável para o companheiro é importante fator restritivo ao exercício da sexualidade por gestantes. A perda dos contornos considerados socialmente como "atraentes", associado à já referida regressão emocional, freqüentemente fazem com que as gestantes não se sintam desejáveis, muitas vezes julgando que o companheiro as procura por pura pena. Claro que, com a auto-estima assim avariada, o desempenho sexual fica prejudicado. Por vezes esse conceito é confirmado por uma série de dificuldades

sexuais que os parceiros podem desenvolver, o que complica em muito a situação.

Crise: A maternidade é, ao lado da adolescência e da menopausa, importante período de crise vivencial para a mulher. A maternidade, levando a uma completa mudança no relacionamento do casal, que perde a conotação de "apenas nós dois" com a entrada de um terceiro polo de relacionamento, faz com que freqüentemente gestantes e casais vivam um período de reavaliação de identidades e de objetivos de vida, que pode levar a uma crise de vínculo.

Recomendações médicas inadequadas: Até mesmo por parte dos profissionais que assistem à gestante, aqui se incluindo principalmente médicos e pessoal de enfermagem, podemos observar preconceitos, tabus e desinformação. O fato de conhecer intimamente os mecanismos biológicos da gestação, não encobre a falha básica, na formação do médico, da área da sexualidade. Observamos que na imensa maioria dos cursos médicos, bem como nas especializações (Residências Médicas), sexualidade é uma matéria muito pouco ou mesmo nada versada. Assim, não recebendo informações sobre os parâmetros normais de exercício da sexualidade, é esperado que o profissional da área da saúde, ao ser questionado, coloque em pauta seus próprios preconceitos, apresentando-os às clientes como expressão da verdade científica. Não é incomum, por isso, que médicos ou enfermeiros mal informados recomendem às gestantes que se abstenham de relações sexuais após certo tempo de duração da gestação, ou mesmo em certas datas, coincidentes com aquelas em que ocorreria a menstruação, caso não houvesse a gravidez. Tais recomendações, absolutamente imotivadas, tem um cunho de mero preconceito pessoal, fruto de despreparo técnico e científico, pois está claramente comprovado não ter o exercício da sexualidade qualquer efeito danoso para uma gestação em evolução normal.

Fatores que incidem sobre o parceiro:

a) Preconceitos, temores e tabus- Podemos encontrar incidindo sobre os parceiros das gestantes os mesmos tabus e preconceitos que observamos sobre elas, associados a forte sensação de culpa gerada pela simples possibilidade de

afetar a evolução da gravidez. Assim, temores como de "machucar o bebê", causar "defeitos", determinar prematuridade, "romper a bolsa" e vários outros são comuns, muitos até mesmo reforçados, como vimos, por orientação inadequada dos profissionais responsáveis pela assistência pré-natal.

b) Dimidiação "mãe/amante"- Dentre os vários papéis que a sociedade atual exige das mulheres, sem dúvida os mais expressivos são os que dizem respeito às funções reprodutoras e sexuais que a mulher tem que representar. Exige-se das mulheres modernas, entre várias outras, atuações exemplares de cuidados com a gestação e com os filhos, bem como de ser parceira sexualmente interessante. Não é incomum que na cabeça dos companheiros os papéis entrem em conflito, sendo difícil para eles aceitar que a "santidade" da maternidade seja atributo a ser exercido pela mesma mulher que se lhes apresenta como amante sensual e sexualmente ativa. Além dessa divisão de papéis, surge ainda na imaginação dos companheiros uma associação (consciente ou inconsciente) entre a figura da mulher grávida e a de sua própria mãe. Ter relações sexuais com essa mulher, assim, seria algo próximo de ter relações com a própria mãe, o que obviamente dificulta o desempenho.

c) Mudanças orgânicas da companheira- As citadas modificações orgânicas da mulher gestante interferem também com o desempenho sexual dos parceiros. Assim, a comum ejeção de colostro durante a excitação e principalmente no momento do orgasmo, a necessidade freqüente de mudanças de posição coital, e outras, interferem com a sexualidade do parceiro. Além disso, para muitos homens, as mulheres gestantes tornam-se realmente menos atrativas, sexualmente falando, o que por vezes os leva a buscar prazer sexual fora do relacionamento. Os fatores aqui apontados são os que, em nossa maneira de ver, tem maior importância na gênese de alterações do exercício da sexualidade durante a gestação, não sendo evidentemente os únicos. Os trabalhos de pesquisa vem mostrando, com clareza, o grande número de problemas que podem incidir nessa área, e que podem ter importância majorada ao interferirem com o vínculo de relacionamento do casal.

Entre os tabus mais conhecidos acerca da sexualidade na gestação, temos por exemplo, a idéia de que o orgasmo durante a gravidez pode iniciar um trabalho de parto. De acordo com Rico (2000) em estudos realizados para avaliar as influências do orgasmo na precipitação do parto, não se pode afirmar que as mulheres que o experimentam tenham mais risco de parto prematuro do que outras. De acordo com Celso Marzano (2000) Em condições normais da grávida o orgasmo não desencadeia o parto. Se o médico recomendar a suspensão das relações sexuais, o casal deve então recorrer a outras formas de acariciamento mútuo. Além disso, são vários os benefícios do orgasmo, podendo servir como uma válvula de escape para a gestante e parceiro. Há, também, um fator biológico importantíssimo a ser considerado sobre o orgasmo: exercita os músculos do períneo que serão muito solicitados por ocasião do parto.

É importante ter em mente, por fim, que o modo como a gestante percebe a estética de seu corpo pode influenciar na sexualidade. Se ela se sente feia e gorda ou percebe que seu parceiro a vê desta forma, fará com que altere e até cesse o desejo sexual. Muitas vezes, mesmo que ele se orgulhe de seu estado e a elogie, não modifica seus sentimentos, podendo, inclusive, irritá-la mais.

Orientando sempre o casal a manter um bom nível de diálogo, franco e produtivo, se consegue muitas vezes superar estes pequenos e esperados problemas que ocorrem durante toda a gravidez, em maior ou menor intensidade.

Segundo Marzano (2000) a freqüência, as posições sexuais e as variações sexuais devem ser discutidas entre o casal e, se necessário, com o profissional de saúde. A dor, sangramento, perda de líquidos vaginais e doenças como diabetes, hipertensão arterial e outras podem alterar o ritmo sexual do casal. Em alguns casos as relações podem implicar em risco acentuado de interrupção da gravidez.

3.4.3.1 Sexualidade no Primeiro Trimestre de Gestação

Segundo Castro e Lopes (1995) esta primeira fase da gravidez é, talvez, a mais rica em experiências emocionais e cognitivas. É uma época de comunicação

intensa e de ilusões e é conhecida a instabilidade emocional que as rápidas alterações hormonais provocam na mulher neste período e que faz com que ela necessite, de modo especial, das demonstrações de afeto de seu companheiro. Analisaremos, a seguir, três aspectos importantes da vida sexual da gestante:

Desejo: No primeiro trimestre de gravidez, de acordo com estudos realizados, aproximadamente 40% das gestantes falam numa diminuição do desejo, 50% afirmam manter seu impulso inalterado e aproximadamente 10% das mulheres dizem experimentar um aumento. Pode-se tentar explicar estes resultados, se levar-mos em consideração que, além das mudanças físicas que ocorrem com a gestante, psicologicamente o casal entra em uma etapa em que se revisa o afeto mútuo, a mulher explora seus instintos maternos e o homem, os paternos; soma-se a isso o fato de que muitos casais nesta etapa da gestação reprimem seus desejos temendo um possível aborto espontâneo.

Excitação: Observa-se, principalmente no final do primeiro trimestre, um aumento da lubrificação vaginal, o que, teoricamente, facilitará o coito. Ocorre também, um aumento de sensibilidade das mamas, que faz com que, freqüentemente, seja incômoda uma estimulação que antes era agradável. Por isso, é recomendável maior suavidade no toque das mamas nestes primeiros meses. Posteriormente, sem dúvida, a maioria das mulheres diz sentir uma maior excitação ao ser acariciada nos seios, já que a sensibilidade continua sendo mais elevada, porém não dolorosa. A capacidade e intensidade de excitação mantém-se igual ao que era antes em aproximadamente 70% das mulheres, sendo que 15% delas, aproximadamente, sentem um aumento, e outros 15% notam uma diminuição na sua capacidade de resposta.

Orgasmo: A freqüência de orgasmo durante o primeiro trimestre mantém-se praticamente igual na maioria das mulheres, mas aproximadamente 20% delas falam de uma maior facilidade para obtê-lo; a intensidade, para a maioria das mulheres (65%) não sofreu nenhum tipo de alteração.

De acordo com Stoppard (1995) o desejo de sexo e o prazer variam largamente, não somente de uma mulher para outra, mas também na mesma mulher em diferentes períodos durante a gestação. Tipicamente, entretanto, há

um declínio do interesse por sexo durante o primeiro trimestre (especialmente se a gestante está sofrendo de cansaço e náusea), seguido por um aumento no segundo trimestre e, então, outro declínio no terceiro trimestre.

3.4.3.2 Sexualidade no Segundo Trimestre de Gestação

Segundo Castro e Lopes (1995) no segundo trimestre de gestação, em 75% das gestantes ocorre um forte aumento do desejo sexual, contrastando, portanto, com o primeiro trimestre.

Desejo: Nestes meses de gravidez, desapareceram a maioria dos incômodos físicos que caracterizam o primeiro trimestre e, para as mulheres, isso redundou em maior bem-estar. Por outro lado, ao diminuir o medo de perder o feto, o casal se mostra mais à vontade e feliz, o que melhora o desejo sexual.

Excitação: A lubrificação e a vasocongestão pélvica não se apresentam unicamente diante da estimulação sensorial, já que existem de forma contínua; até a metade aproximadamente deste segundo trimestre, as sensações são igualmente prazerosas, mas parece que até o final, a congestão é tão intensa tanto na vulva quanto na vagina e clitóris, que a intensidade das sensações é menor. Por outro lado, com o aumento de volume próprio do segundo trimestre, algumas mulheres mostram-se preocupadas por sua atratividade física, e portanto, com a sua capacidade de despertar o interesse sexual do companheiro.

Orgasmo: A intensidade das sensações orgásticas também diminui à medida que avança a gestação, pelas mesmas razões já mencionadas na excitação; concomitantemente, reduz-se também a frequência de mulheres que conseguem chegar a esta etapa da resposta sexual; ainda, na fase de resolução, produzem-se alterações na grávida a partir do segundo trimestre, devido o fato de que a vasocongestão é permanente, e a sensação de alívio e bem-estar habitual depois do orgasmo é muito lenta e não é total.

3.4.3.3 Sexualidade no Terceiro Trimestre de Gestação

Conforme dados de Castro e Lopes (1995) a maioria das gestantes nesta fase (55%), apresentam medo de ter relações sexuais, assim como graus maiores de sonolência, irritabilidade e tensão da pélvis, entre outros, que acabam por comprometer a resposta sexual. São conhecidas as mudanças de postura requerida pelo coito nos últimos meses, substituindo-se as posições de um em cima do outro pelas laterais ou qualquer outra que evite a pressão sobre o abdômen e que permita à mulher uma certa liberdade de movimentos; devem-se evitar movimentos de penetração muito profundos e excessivamente rápidos.

Desejo: A diminuição do desejo nesta última etapa da gravidez é muito freqüente. Apenas 5% das mulheres confessam um aumento do desejo sexual, 40% aproximadamente, dizem que o desejo é o mesmo de sempre e pouco mais do que 50% se queixam de uma diminuição ou ausência deste desejo.

Excitação: Nesta etapa, as alterações físicas chegaram ao seu ponto máximo: o tamanho do abdômen, o peso das pernas, a congestão pélvica, o cansaço... Embora não haja um desejo do tipo sexual, é intensa a necessidade de cuidados e mimos nesta fase, já que a mulher se sente insegura e vulnerável. Ainda, os dois podem se sentir mais frios sexualmente, tanto pela perda de atração como pela dificuldade experimentada em ocasiões ao tentar conjugar o papel paterno com o erótico.

Orgasmo: O orgasmo é avaliado como menos intenso e menos freqüente por uma porcentagem de mulheres superior à média e as mudanças de posição habitualmente adotadas fazem com que algumas não consigam sensações suficientemente intensas para alcançá-lo, seja por falta de hábito ou de estimulação em suas zonas mais sensíveis.

Maldonado (1985) observa que com a aproximação da quadragésima semana há um aumento da ansiedade devido a mudanças de rotina após a chegada do recém-nascido e aos temores, medos e dúvidas em relação ao parto (risco de morte, dar a luz a um filho deficiente, se a vagina não voltar ao normal, etc.).

3.5 Puerpério

3.5.1 Aspectos Biológicos

Conforme Santos (1999) puerpério do latim significa: (puer = criança, parere = parir). De acordo com Waterkemper (2000), puerpério é o período do ciclo gravídico - puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, imprimidas pela gestação no organismo materno, retornam ao estado pré-gravídico. Ele tem início após o parto e termina quando a fisiologia materna retorna a seu estado anterior, aproximadamente após seis semanas.

Rezende e Montenegro (1995) e Neme apud Waterkemper (2000) dividem o puerpério em três períodos distintos: *Puerpério Imediato*: Tem início logo após a dequitação e se estende até o décimo dia pós parto. Caracteriza-se por regressão manifesta das alterações gravídicas locais e sistêmicas; *Puerpério Tardio*: Compreende o décimo primeiro dia até o quadragésimo quinto dia de pós parto. Inicia-se efetivamente a recuperação genital, especialmente nas mulheres que não amamentam; *Puerpério Remoto*: É um período de duração imprecisa, que tem início no quadragésimo sexto dia e se estende até a completa recuperação das alterações determinadas pela gestação e parto e o retorno dos ciclos ovulatórios normais. Santos e Zampieri (1998) afirmam que este é um momento onde ocorrem várias modificações físicas e também psicológicas, haja vista que ocorre uma adequação de papéis e a mulher, de filha e esposa passa a ser mãe, ao passo que o homem, de filho e marido passa a ser pai. Junte-se a este aspecto o emaranhado de emoções no qual a nova mãe se encontra, o que acaba por deixá-la confusa e com uma profunda labilidade emocional.

3.5.2 Aspectos Psicossociais e Culturais

Stoppard (1995) afirma que usualmente leva algum tempo para as pessoas se ajustarem a condição de pais. Muitos relatam um grau elevado de pânico

devido à esmagadora responsabilidade a que são submetidos diante desse ser humano dependente e pequenino.

Para este autor toda mãe devaneia sobre o bebê que está para nascer. Encaixar a imagem desta "criança sonhada" na realidade do bebê recém-nascido que está em seus braços pode ser difícil, especialmente se ele for do sexo oposto ao que os pais esperavam, ou não totalmente "perfeito" ou, simplesmente, diferente daquilo que esperavam.

Stoppard (1995) afirma que durante dias e semanas após o nascimento, a mulher se encontra em um estado emocionalmente instável devido à abrupta suspensão dos hormônios da gravidez (principalmente progesterona e estrogênio). E por ser um grande acontecimento na vida da nova mãe, dar à luz pode acentuar problemas emocionais ou pessoais latentes que ela possa ter e trazer à memória questões não resolvidas. É, no entanto, difícil prever justamente como a puérpera reagirá ao nascimento do seu bebê. Algumas vezes uma gravidez livre de problemas e alegre pode ser seguida de um período pós natal emotivo.

Para Montgomery (1997) o pós-parto faz a ponte entre a criança que existe na vida mental e a criança concreta. É uma fase ligada a grandes transformações físicas, sociais e emocionais. A mulher, agora mãe, perde uma certa irresponsabilidade da infância. É isso que ela chora: a perda da infância em contato com a esperança do filho, da maternidade. O autor afirma que a principal adaptação que ocorre no pós-parto é nessas duas áreas: na adequação de filha para mãe.

Segundo ele, em relação ao corpo, há uma alteração violenta na imagem corporal e na auto imagem. A reelaboração do corpo durante a gravidez, acontece gradativamente. No pós parto é um choque: a criança nasce a barriga some, esvazia. Os tecidos tornam-se flácidos e desorganizados. A vagina sangra. Cortes, sempre há, no abdômen ou no períneo. A mama túrgida, com eventuais fissuras pode provocar dor. A depressão pós-parto pode estar rondando, podendo aparecer logo após o parto, seis meses depois ou no intervalo de dois anos.

Gonçalves e Franzon (1997) afirmam que durante a hospitalização há quem cuide da mãe e do bebê, há quem oriente, esclareça, divida as angustias. Ao voltar para casa, a menina que virou mulher mãe vê-se sozinha com seu bebê, as vezes conta com seu companheiro e sabe que esta criança necessita dela para sobreviver. Passa então, a ser a "provedora" de cuidados e sente-se, via de regra, a única responsável pela vida da criança.

A amamentação gera desconfortos. A condição hormonal culmina em fenômenos depressivos. Sangramentos e cicatrizes não raro ocasionam dores no reinício da vida sexual, que passam muitas vezes, a ser permeada pelo medo de uma nova gravidez. A vagina pode estar ressecada em virtude de alterações hormonais (Montgomery 1997). Em meio a todos estes conflitos e alterações, somada as dúvidas de como cuidar do recém nascido, a mulher precisa reorganizar sua vida social, sexual, voltar a trabalhar, enfim necessita equalizar-se enquanto mãe mulher (Gonçalves e Franzon, 1997).

Visando o atendimento integral a saúde da mulher e buscando auxiliá-la nesta fase no programa Capital Criança de Florianópolis, a mulher-mãe tem atendimento assegurado de puerpério na Rede Básica de Saúde com duas consultas. A primeira entre o sétimo e o décimo dia pós parto, já agendada na maternidade e realizada pela enfermeira, e a segunda no quadragésimo quinto dia pós parto devendo ser realizada por um ginecologista ou clínico geral.

3.5.3 Puerpério e Sexualidade

Segundo Castro e Lopes (1995) o reinício das relações sexuais, depois do parto, requer um período prévio de recuperação. Sem dúvida, é discutível quanto deve durar este período. Na maioria dos países ocidentais, guarda-se a quarentena, que é o período de tempo aproximado que leva a mulher a voltar a ter seus órgãos internos em ordem. Sem dúvida, estamos falando concretamente da relação de coito, já que as carícias e as estimulações externas podem se reiniciar de imediato.

O interesse sexual é baixo nas primeiras semanas do puerpério e depende do estado físico de cada mulher. O cansaço, a necessidade de dormir, a episiotomia, a lassidão muscular, as cólicas, etc. condicionam claramente um impulso sexual baixo. Depois de um mês e meio do parto, aproximadamente, um terço das mulheres que tiveram um filho retoma suas relações sexuais completas e, depois de três meses, praticamente todas já retomaram, excetuando-se, logicamente, as mulheres que, por problemas físicos derivados do parto, tem contra indicação médica para o ato sexual. A pequena porcentagem de mulheres que, depois da experiência do parto, apresenta um impulso inibido costuma ter em sua história problemas de infertilidade anterior e depressão pós-parto ou um baixo nível de desejo sexual anterior à gravidez. De acordo com Suplicy (1999), depois que o bebê nasce é aconselhável esperar de quatro a seis semanas, ou até que cesse o sangramento e os órgãos reprodutores da mulher voltem ao estado normal para reassumir a relação sexual. A mesma autora refere que Masters e Johnson, em pesquisa com cento e uma mulheres notaram que as vinte e quatro mulheres que amamentavam seus bebês demonstravam, após três meses de parto, um interesse sexual muito maior que as que não amamentavam.

Quanto ao anticoncepcionais necessários para evitar uma nova gravidez imediata, para a qual o corpo da mulher não está preparado, aconselha-se inicialmente o uso de preservativos, inclusive durante a amamentação, já que esta não protege totalmente da possibilidade de gravidez. O anticoncepcional que precisa de mais tempo para poder ser utilizado novamente é o DIU, pois são necessários aproximadamente três meses para que se recupere o tônus uterino.(Castro e Lopes, 1995)

Nos primeiros dias após a gestação, por vários motivos (readaptação hormonal, amamentação, cansaço, alterações metabólicas, etc.), pode haver uma diminuição do desejo sexual. Rezende (1995) coloca que a Resposta Sexual, 6 a 8 semanas após o parto, ainda não é satisfatória devido a: congestão vascular lenta, turgência da vulva, lubrificação excessiva da vagina e constrição muscular da vagina; ainda, a amamentação, devido aos níveis elevados de prolactina, pode ter ação inibidora do apetite sexual. Stoppard (1995) afirma que depois que o

bebê nasce, o corpo da mulher começa a reverter as mudanças pelas quais passou durante a gravidez e o parto; a queda das altas quantidades de hormônios da gravidez é como a retirada de uma força vital e o período imediatamente após o parto e nascimento pode ser muito estressante para a nova mãe. Entre as principais alterações físicas vivenciadas pelas puérperas, estão:

Dores das contrações uterinas: Todas as mulheres sentem contrações uterinas durante a vida fértil. Durante a menstruação, elas são conhecidas como cólicas menstruais; durante a gravidez, como contrações de Braxton Hicks; e após o nascimento, como dores das contrações uterinas ou cólicas pós-parto. Depois do parto, as contrações uterinas são mais fortes e mais dolorosas do que o usual porque é o meio pelo qual o útero se contrai involuindo para o tamanho anterior à gravidez. Quanto mais rápido e mais forte ele se contrair, menor a possibilidade de uma hemorragia pós-parto. A mulher pode sentir contrações uterinas enquanto amamenta, porque o hormônio ocitocina, envolvido nos reflexos de liberação de leite, também causa contrações uterinas. (Santos e Zampieri, 1998)

Alterações intestinais e urinárias: Logo após o parto, ocorre uma readequação na posição do intestino, o que pode provocar uma constipação passageira, que pode durar 24 horas ou mais, sendo esse acontecimento considerado normal. Para ajudar o intestino a recuperar seu peristaltismo normal e evitar constipações crônicas, é importante que a puérpera ingira uma boa quantidade de fibras, verduras e frutas e beba bastante água, o que ajudará, também, no bom funcionamento da bexiga, que também volta à sua posição normal. É comum que haja um edema do períneo e dos tecidos que envolvem a bexiga e a abertura uretral.

Distensão da cérvix e da vagina: Cérvix e vagina estarão consideravelmente distendidas durante o parto e ficarão moles e soltas por um período. Leva cerca de uma semana para que a cérvix se estreite e se firme novamente.

Varizes hemorroidárias: Hemorróidas, muito comuns depois do parto, são causadas pelo grande esforço sobre as artérias do assoalho da pélvico durante o

trabalho de parto e nascimento. Elas aparecem como tumefações encaroçadas do ânus, e, com cuidado apropriado, elas se contrairão.

Amamentação: As glândulas mamárias são pequenos sacos produtores de leite, em número de 15 a 25, que existem dentro de cada mama e que através dos ductos mamários, levam o leite até o exterior do mamilo. Nos três primeiros dias aproximadamente após o nascimento, as mamas só produzem o colostro, que é uma substância extremamente nutritiva e importante para imunizar o bebê contra inúmeras doenças. Daí a importância de que o bebê se alimente somente desta substância. Seria, portanto, de se esperar que a mãe do novo bebê procurasse sempre alimentá-lo com o colostro e mais tarde com o leite materno que é tão rico em nutrientes e vitaminas; contudo, por vários motivos isto acaba não acontecendo. Um desses motivos, nosso foco de estudo, é a questão da sexualidade do casal.

Segundo Tedesco e col. (1998) durante a fase de orgasmo, em função das contrações musculares generalizadas que via de regra acontecem, é normal que algumas gestantes no último trimestre ou puérperas nas primeiras semanas, apresentem ejeção látea através do mamilo. Ainda, de acordo com a mesma bibliografia, é fato que alguns homens não se sentem a vontade para manter uma relação sexual sob estas condições, o que faz com que o casal acabe preferindo se abster de relações sexuais que possam levar ao orgasmo. Contudo cremos que o contrário também é verdadeiro, ou seja, o caso de homens e mulheres que vêem a ejeção látea como mais um incremento da atividade sexual, até porque não é incomum a mãe sentir uma estimulação sexual através da amamentação, sem que isto deva causar qualquer tipo de vergonha ou inibição. O importante é que o casal entenda por quê a ejeção látea pode ocorrer e que decida então, de acordo com os sentimentos de cada um, qual o melhor procedimento a se adotar. É importante se ter em mente, ainda, que a amamentação não traz benefícios apenas para o bebê, mas também para a mãe, já que estimula as contrações uterinas através da produção de ocitocinas. Além disso, de acordo com Suplicy (1999) as mães que amamentam seus filhos têm menores possibilidades de desenvolvimento de câncer mamário.

Alterações Emocionais: Devemos nos lembrar que, não estaríamos sendo justos com as puérperas se não incluíssemos no rol de modificações que ocorrem nesta fase as alterações emocionais. Ocorre no pós parto a adequação, de uma situação de filha, para uma situação de mãe. Independente de quantos filhos a mulher já tenha, este sentimento sempre ocorre, sendo contudo influenciado pelos sentimentos anteriores que esta mãe já teve.

Segundo Montgomery (1997), neste contexto, é difícil que a puérpera passe sem nenhum comprometimento emocional e é aí que surge, muitas vezes, e mascarada sob várias formas, a depressão pós-parto, a qual pode aparecer até dois anos depois do parto.

Depois de todas estas informações sobre puerpério, é para nós, óbvia a importância que o parceiro tem neste momento, idéia esta corroborada por Montgomery (1997) que diz que no pós-parto, mais uma vez, é fundamental o apoio do companheiro, no sentido de que ele valorize a mulher como ser social. Que seja afetivo, mesmo não tendo relações sexuais. Que valorize o corpo da parceira.

Episiotomia, fazer ou não fazer? De acordo com recente pesquisa relatada no Am. J. Obstet. Gynecol. (2001), mulheres que tiveram parto normal com períneo intacto, ou seja, sem episiorrafia/episiotomia ou lesão perineal durante o parto, relataram o melhor retorno à atividade sexual quando comparadas com mulheres que tiveram seus filhos por parto normal com algum dano ou lesão na região do períneo. Segundo este mesmo estudo, o trauma perineal e o uso de instrumentos obstétricos (extração à vácuo ou fórceps) são fatores relacionados à dispareunia pós-parto, indicando que é importante minimizar a extensão do dano perineal imposto durante o parto.

Numerosos estudos tem demonstrado que a intervenção dos profissionais previamente bem informados podem minimizar os efeitos negativos no pós-parto e por que não dizer durante toda a gestação, fazendo com que estas mulheres vivam sua sexualidade de uma maneira satisfatória e plena, tanto do ponto de visto físico como do psicoafetivo, evitando conseqüências que podem manter-se depois do pós-parto, prejudicando a vivencia sexual de cada um. A prevenção, no

dizer de Montgomery (1997), começa no pré-natal e se completa no pós-natal, ouvindo as dificuldades da mãe com o bebê, como a retomada de sua vida sexual, o retorno ao trabalho, etc.

4. BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO

4.1.Marco Conceitual

Compreendemos Marco Conceitual como uma referência que nos conduzirá na prática assistencial, fornecendo-nos subsídios que enriqueçam e dêem suporte ao nosso projeto.

Optamos pela teoria transcultural de Madeleine Leininger, por entendermos que o tema ao qual demos enfoque (Sexualidade na gestação e puerpério) está diretamente relacionado com a cultura na qual a pessoa está inserida.

Buscamos a partir desta teoria, conseguir interagir com a cliente, de modo a manter, adaptar ou repadronizar seu cuidado culturalmente aprendido e vivenciado.

4.2.Apresentação da Teoria

Madeleine Leininger nasceu em 6 de julho de 1924, em Sutton – Nebraska. Fez seu curso básico em enfermagem na St. Anthony's School of Nursing, em Denver – Colorado. E graduou-se em 1948. Em 1950 conseguiu seu grau de Bacharel em Ciências, no Benedictine College, Atchinson – Kansas. No ano de 1954 conseguiu seu grau de Mestre em Enfermagem, na Catholic University, em Washington – D.C., e no ano de 1965, obteve o grau de Doutora em Antropologia, na University of Washington – Seattle. Ela é membro da American Academy of

Nursing e possui o título de PhD pelo Benedictine College. A Dra. Leininger é a fundadora do subcampo transcultural de enfermagem. É professora de Enfermagem e Antropologia. Diretora do Center for Health Research e Diretora do Transcultural Nursing Offerings, na Wayne State University. Ocupou cargos nos campos docente e administrativo em educação em enfermagem. Possui inúmeras publicações. No ano de 1985, Madeleine Leininger esteve em Florianópolis expondo suas idéias e conceituações teóricas sobre a Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural, quando da realização do 1º Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem.

Madeleine Leininger, durante a metade dos anos 50, quando trabalhava como especialista em enfermagem clínica em saúde mental, no meio oeste norte americano, vivenciou o que descreve como um choque cultural. Trabalhou em orientação da criança onde observou diferenças culturais na forma como as crianças queriam ser cuidadas, sendo que as mesmas eram de procedência alemã, judia, anglo-americana. Começou a pesquisar as diferenças e semelhanças culturais e como estas poderiam influenciar os estados de saúde e doença das pessoas. Ponderou que as enfermeiras só poderiam ajudar pessoas se fossem capazes de compreender os valores e crenças culturais, pois conflitos e estresse poderiam levar a doenças físicas e mentais se não houvesse uma intervenção de enfermagem, sendo importante que o enfermeiro esteja preparado para trabalhar com as semelhanças (universalidade) e diferenças (diversidade) culturais (George, 1993).

Diante de tais constatações Leininger começou a teorizar sobre relação entre a enfermagem e a antropologia e buscou complementar seus estudos na área de antropologia cultural, psicológica e social, em nível de pós-graduação.

Em suas apresentações oferece definições para os conceitos de cuidar/cuidado, cultura, cuidado cultural, saúde, contexto/meio ambiente, diversidade cultural do cuidado, universalidade cultural do cuidado, sistema de cuidado popular, sistema de cuidado profissional, preservação ou manutenção do cuidado cultural, acomodação ou negociação do cuidado cultural, repadronização ou reestruturação do cuidado cultural, cuidado cultural congruente de

enfermagem, enfermagem, visão de mundo, dimensões das estruturas culturais e sociais e etno-história.

Além de suas definições apresenta pressupostos que dão novo apoio a sua previsão de que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns, existam em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo (Souza 2000).

4.3.Pressupostos Básicos da Enfermagem Transcultural

Os pressupostos são circunstâncias ou fatos que antecedem a outros. São idéias que antecedem a formulação de conceitos, sendo o quadro referencial do autor. (Souza 2000)

Pressupostos da teoria de Leininger citados por Souza (2000):

O cuidado é a essência da enfermagem e também o seu foco único, unificador e dominante.

O cuidado é essencial para o ser humano, saúde, bem-estar, cura, crescimento, sobrevivência, enfrentamento das dificuldades ou da morte.

O cuidado humanizado é universal, existindo diversos padrões de cuidado que podem ser identificados, explicados e conhecidos entre as culturas.

* A enfermagem é uma profissão de cuidado transcultural, humanístico, cujo propósito maior é servir o ser humano de diversas heranças culturais.

O cuidado é essencial para curar, mas pode haver cuidado sem cura.

* Os valores, crenças e práticas do cuidado cultural são influenciados pela visão do mundo, linguagem, religião, contexto social, político, educacional, econômico, tecnológico, etno-histórico e ambiental de cada cultura em particular.

* Os cuidados culturais em seus conceitos, expressões, significados, padrões, processos e formas estruturais podem ser diferentes ou similares através de todas as culturas do mundo.

Cada cultura humana tem conhecimentos e práticas de cuidado que variam transculturalmente.

O cuidado de enfermagem embasado na cultura contribui para o ser humano, indivíduo, família, grupo, comunidade, dentro do seu contexto, meio ambiente. Os clientes que experienciam cuidados de enfermagem incongruentes com as suas crenças, valores e modos de vida apresentam sinais de conflito, cultura, estresse e preocupação moral e ética.

Os cuidados de enfermagem culturalmente congruentes podem apenas ocorrer quando a cultura e os valores de cuidados expressos ou os modelos são conhecidos e usados adequadamente e de maneira significativa pelas enfermeiras com os indivíduos ou grupos na sua prática assistencial.

O paradigma qualitativo proporciona novas formas de saber e diferentes meios de descobrir as dimensões epistêmicas e ontológicas do cuidado humano transcultural.

4.4. Conceitos da teoria de Madeleine Leininger, pessoais e de outros autores:

Conceitos:

Ser Humano: “É um ser, tanto singular (indivisível, único, com características próprias), quanto sociocultural (relaciona-se com outros e com o mundo, compartilha crenças, valores, símbolos e rituais). (Monticelli, 1997).”

“São pessoas, provedoras de cuidado e capazes de preocupar-se das necessidades, do bem estar e da sobrevivência dos outros. São seres universalmente cuidadores, que vivem numa diversidade de culturas, por meio de sua capacidade de oferecer a universalidade do cuidado, de inúmeras maneiras, de acordo com as culturas, necessidades e cenários diferentes”. (Leininger apud George, 1993).

É um ser dotado com os mais diferentes conhecimentos que são aprendidos e transmitidos de geração em geração. Pode-se dizer também que é um ser racional, que possui qualidades como a capacidade de oferecer cuidados ao seu semelhante, promovendo seu bem estar tanto físico quanto mental.

Mulher-mãe: “Ser humano inserido em uma família, e que em algum momento de sua vida passa a desenvolver o papel de mãe, desempenhando o cuidado a si mesma (como cidadã, mulher, esposa, trabalhadora) e ao novo ser humano recém-nascido, experimentando então a vivência deste novo papel de acordo com as crenças, valores e atitudes comuns à sua cultura” (Maestri e Liz, 1998). É a pessoa que está contextualizada numa comunidade e/ou unidade familiar, que pratica seus conhecimentos adquiridos ao longo de sua vida cuidando do bem-estar de uma família.

Neste trabalho o ser humano a ser considerado é a mulher grávida ou puérpera e seu respectivo parceiro que vivencia sua sexualidade necessitando ser cuidada com vistas a promover seu potencial sexual.

Enfermagem: “A enfermagem é uma profissão que envolve o cuidado cultural coerente. A enfermeira é um ser humano que traz consigo, além de sua definição pessoal-cultural do que deve ser cuidado, todos os significados e práticas do cuidado científico, ou seja, da assistência de enfermagem que lhe foi transmitida durante seu processo de formação profissional.” (Baseado em Leininger apud George, 1993). Também é uma profissão que escolhemos por vocação, com intenção de ajudar o próximo, recuperando sua saúde física e mental.

Para nós neste trabalho, a enfermagem é a arte e a ciência do cuidado, envolvendo a cultura do casal a ser atendido, utilizando-se do campo abstrato e apropriando-se de conhecimentos científicos, estimulando e subsidiando mudanças, capacitando as gestantes e puérperas a enfrentar as dificuldades no exercício de sua sexualidade, buscando reaver o seu bem-estar de uma forma significativa na sua cultura, promovendo o seu potencial de sexualidade.

Cultura: “Refere-se aos valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, apreendidos, compartilhados e transmitidos que orienta o

pensamento, as decisões e ações de maneira padronizadas. (Leininger apud George, 1993).” É um conjunto de crenças, valores, mitos, que se apresentam de formas variadas nas outras sociedades; e que são aprendidos e depois repassados para todos os seus descendentes.

A cultura a ser considerada neste trabalho é aquela na qual a mulher/casal está inserido e que possui valores, crenças e normas que influenciam sua prática de vida, orientando seu pensamento, decisões e ações. (Dal Forno et al, 2000).

Meio Ambiente: para Leininger apud George (1993) o contexto ambiental é definido como sendo a totalidade de um acontecimento, situação ou experiência. Ao definir cultura, Leininger focaliza um determinado grupo (sociedade) e os padrões das ações, pensamentos, acontecimentos e decisões que ocorrem como o resultado dos “valores, crenças, normas e práticas de vida aprendidos, partilhados e transmitidos”. Esse aprender, partilhar, transmitir e padronizar, ocorre num grupo de pessoas que agem num cenário ou ambiente identificado. Ainda que Leininger não defina Meio Ambiente, o conceito de cultura acha-se intimamente integrado com a sociedade/ambiente e constitui tema fundamental de sua teoria. (Dal Forno et al, 2000).

Entendemos que para prestar cuidado em sexualidade é necessário que conheçamos o ambiente no qual o cliente está inserido, considerando-se a cultura, crenças e valores dessa sociedade. Neste sentido, o meio ambiente para nós será aquele com o qual a mulher/casal está interagindo.

Sexualidade: “Envolve a busca de sensações de prazer, implicando em demonstrações mútuas de emoções complexas como amor, afeto, carinho, companheirismo, etc. E as características do comportamento que as mais diferentes populações apresentam, estão muito mais ligadas a fatores culturais do que à espécie.” (Neto J.S.C.,1983)

Concordando com Dal Forno et al (2000), para nós a sexualidade é muito mais ampla e abrangente que o simples ato sexual, ainda que o englobe. É todo um sentimento, uma concepção de si e do outro, uma busca e oferta de momentos, carícias e toques, que não precisa necessariamente passar pelo ato sexual ou um orgasmo efetivo, mas que pode propiciar um conjunto de experiências significantes e outras expressões da sexualidade, gerando uma outra forma de prazer.

× *Puerpério: “(puer-criança, parere-parir), sobre-parto ou pós parto, é o período cronologicamente variável, de duração imprecisa, que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinadas pela gestação no organismo materno retornam às condições normais” Ziegel e Cranley (1990). Popularmente é também conhecido como resguardo ou quarentena.*

Neste trabalho adotamos a duração média do puerpério como sendo de 40 dias, por ser a mais difundida culturalmente.

Meio Ambiente: É o local onde uma família está inserida, onde passa a se desenvolver, podendo ou não ser influenciada por fatores tanto internos quanto externos.

Cuidado: Leininger apud George (1993) já em 1950 considerava o cuidado a essência da enfermagem e o foco distinto, dominante e unificado da mesma.

Para nós o cuidado à mulher/casal será expresso por ações como: comprometer, ter sensibilidade, trocar idéias e experiências, ouvir, esclarecer, informar, orientar, confortar, prevenir, reforçar, demonstrar interesse, empenhar-se, valorizar, estar presente, respeitar, aceitar, estimular, desafiar, amparar, compreender, calar, meditar, limitar, aliviar, tocar, acariciar, demonstrar confiança, criar vínculo, etc. Patrício (1994), compartilhando com o cliente a sua realidade, ajudando-o a enfrentar as dificuldades no exercício de sua sexualidade, buscando a promoção de seu potencial sexual.

Potencial sexual: corresponde à condição de ativação do processo: situação, estímulo sexual/resposta sexual, que o ser humano tem capacidade de perceber e vivenciar, exigindo uma interação de fenômenos como prazer, emoção, afetividade e comunicação, envolvendo um contexto bio-psico-sócio-cultural, que se soma à história de vida de cada indivíduo, ultrapassando os limites do corpo, atingindo o imaginário (Garcia, 1998).

Para nós, o potencial sexual corresponde a condição que a mulher grávida e ou puérpera e seu parceiro tem de perceber e vivenciar a ativação do processo: situação, estímulo sexual, resposta sexual, ultrapassando os limites do corpo, ou seja, a resposta puramente biológica, atingindo o imaginário.

4.5.Estrutura e Dinâmica da Teoria

4.5.1.Propósito e Objetivo da Teoria

“Em âmbito geral, o propósito desta teoria é descobrir significados, usos e funções culturais do fenômeno do cuidado humano e usar este conhecimento para fornecer um cuidado benéfico ou satisfatório a pessoas de diversas culturas do mundo. Na realidade o objetivo é conhecer a natureza, sua essência e propósitos sociais, desenvolver e melhorar o cuidado de enfermagem que tem as funções culturais universais específicas” (Leininger apud Souza, 2000).

4.6.Processo de Enfermagem

De acordo com George (1993) o processo de enfermagem representa um processo de soluções de problemas. O foco principal, ou seja, o alvo do processo de enfermagem é o cliente (no caso, gestantes, puérperas e seus parceiros, no último trimestre de gestação e primeiro de puerpério respectivamente). O processo de enfermagem é um instrumento metodológico do trabalho da

enfermeira e, como tal, auxilia nas decisões, planejamentos, execuções e avaliações dos cuidados de enfermagem.

Em nosso referencial teórico, utilizamos basicamente as definições de Leininger, contudo, deve-se ressaltar que a autora não tem um processo de enfermagem elaborado, mas “uma teoria para guiar a prática”. Para Monticelli (1994) a elaboração da metodologia assistencial depende da criatividade do enfermeiro e propõe como um desafio aliar teoria, método e prática. O modelo do processo de enfermagem ao qual adotamos foi inspirado do “Processo Criador”, utilizado por Santos, Saucedo e Stuepp (1997) por crermos ser o método mais apropriado, o que melhor se adapta e contempla nossas expectativas focalizando, concentrando nossas atenções na assistência a gestante, puérpera e seus parceiros, no último trimestre de gestação e primeiro de puerpério respectivamente, no atendimento ambulatorial no centro de saúde.

4.6.1. Processo de Cuidar

Para Leininger apud Santos, Saucedo e Suepp (1997) o processo de cuidar contempla as seguintes etapas: conhecendo a situação, refletindo sobre a situação, planejando e fazendo o cuidado, e avaliando o cuidado. O processo de cuidar é contínuo, dinâmico e aberto, contemplando entre as suas etapas, vários momentos que se interligam e se complementam constantemente. Ele ocorre numa ação conjunta entre o profissional e a família, respeitando crenças e valores.

4.6.1.1. Conhecendo a Situação

É o momento de encontro entre o profissional e a cliente. O enfermeiro busca conhecer a vida, crenças, valores, significados e o modo de cuidado de acordo com sua cultura. O enfermeiro preocupa-se em fazer observações e ouvir atentamente a cliente, obtendo desta maneira uma ampla visão da situação. Assim, gradualmente, vai conhecendo a mulher, com maiores detalhes, sempre

tendo em mente o foco de estudos e objetivos propostos. Esta fase é importante, porque permite ao enfermeiro iniciar e continuar a compreensão do que está ocorrendo antes de intervir na situação como participante, antes de desenvolver o cuidado (Monticelli, 1994).

Para realização desta etapa utilizamos um instrumento para registro do cuidado adaptado do criado por Maestri e Liz (1998) (apêndice 1) e um instrumento para coleta de dados adaptado do criado por Vieira, Liz e Gesser (1999) (apêndice 2).

4.6.1.2. Refletindo sobre a Situação da Cliente

Esta fase consiste em reflexões, análises e conclusões sobre a situação da cliente, um ser único e presente em um contexto cultural. Nela são identificadas respostas pessoais e humanas, limitações de recursos, interação própria com o meio de inserção cultural, bem como prática do cuidado desta cultura. Este período de reflexão direciona o cuidado da enfermeira, servindo de guia para embasar a próxima etapa do processo : “Planejando e Realizando o Cuidado”.

4.6.1.3 Planejando e Realizando o Cuidado

Gualda apud Souza (2000) “acredita que a teoria transcultural seja capaz de prever e explicar os padrões de cuidado humano das diversas culturas, bem como possibilitar a identificação de valores, crenças e práticas populares dos profissionais e da enfermagem. E que por meio deste conhecimento as decisões e as ações de enfermagem podem tornar-se congruentes e benéficas para aqueles que são assistidos. Na análise da abordagem de enfermagem distinguem três formas de atuação:

Preservação cultural do cuidado – fenômeno culturalmente embasado, de assistir, facilitar ou capacitar o indivíduo que o auxilia a preservar ou manter hábitos favoráveis de cuidado e de saúde/ser saudável.

Acomodação cultural do cuidado – ato culturalmente embasado de assistir, facilitar ou capacitar, que revela formas de adaptação, negociação ou ajustamento dos hábitos de saúde e de vida dos indivíduos ou clientes.

Reestruturação cultural do cuidado – modelos reconstruídos ou alterados para auxiliar o cliente a mudar os padrões de saúde ou de vida, de forma a tornar significativo ou congruente para ele próprio”, tornando mais benéficos os cuidados praticados, respeitando os valores e crenças culturais.

Realizando o Cuidado: consiste em realizar as ações e decisões propostas durante o planejamento. Fazer o cuidado pode ser : comprometer, ter sensibilidade, trocar idéias e experiências, esclarecer, orientar, ouvir atentamente, amar, confortar, prevenir, contornar, reforçar, demonstrar interesse, empenhar-se, valorizar, estar presente, proteger, respeitar, lutar, estimular, desafiar, socorrer, amparar, supervisionar, executar ações técnicas e físicas, compreender, calar, meditar, limitar, aliviar, fazer por, dedicar-se, promover conhecimentos, vigiar, tocar, acariciar, abraçar, tratar, demonstrar confiança, auxiliar na busca de recursos, etc. (Patrício, 1994)

4.6.1.4.Avaliando o Cuidado

Esta é considerada a ultima etapa do processo, ressaltando-se que ocorre continua e dinamicamente durante o mesmo , de modo a possibilitar um cuidado coerente. Caracteriza-se, mais especificamente, pela apreciação conjunta das ações durante o processo e que podem mantidas, adaptadas ou repadronizadas. O enfermeiro deve dispor de sensibilidade e atenção para identificar (quando possível) a necessidade de se retomar o processo para replanejar o cuidado (Monticelli, 1994).

5. ESTABELECENDO AS AÇÕES METODOLÓGICAS

5.1.Aspectos Gerais do Campo de Estágio

O estágio foi desenvolvido no Centro de Saúde da comunidade do Monte Serrat no município de Florianópolis/SC. O centro de saúde está localizado na encosta do Morro da Caixa na rua General Vieira da Rosa sem número, atrás da igreja/centro comunitário.

Segundo memórias da comunidade do Monte Serrat, citado por Souza (2000) esta comunidade era conhecida como Morro da Cruz e mudou de nome com o surgimento da Irmandade de Nossa Senhora do Monte Serrat, sendo sua população formada pela migração de negros para a região. A área de abrangência do CS Monte Serrat é de 13 micro-áreas. Essas micro-áreas identificam-se entre si por apresentarem infra-estrutura e população com condições sócio-econômicas e culturais heterogêneas. Existem micro-áreas de riscos com precariedade educacional e de saneamento básico.

O CS do Monte Serrat passou por uma reforma em 1999, sendo que atualmente sua área física é composta por: 3 consultórios, sendo 1 de enfermagem, 1 médico e 1 odontológico. Possui também, salas para vacina e curativo, além de dois banheiros e uma recepção que funciona como farmácia, sala de triagem e arquivo.

A equipe do Programa de Saúde da Família iniciou suas atividades em fevereiro de 1999 e é composta por: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de

enfermagem e 7 agentes comunitários. A equipe tem enfrentado dificuldades, especialmente em relação à comunidade, acostumada ao atendimento curativo que tem tido uma certa dificuldade em assimilar a nova forma de funcionamento da unidade de saúde que passa a ver a família dentro do seu contexto social. A seguir relataremos um pouco sobre o que é o Programa:

Programa de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família foi elaborado pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de promover melhorias e fortalecimento do SUS, tendo como base o estabelecimento de vínculos e a criação de compromisso e responsabilidade entre a população e os profissionais.

Com isto, o objeto principal deste programa, é a família, que recebe os atendimentos necessários no local onde está inserida. Neste caso são considerados, além do espaço geográfico, o contexto em que estas famílias se encontram.

O funcionamento do Programa de Saúde da Família, deu-se a partir de 1994, tendo como objetivo, mudar o sistema de saúde, que era baseado quase que unicamente na cura das doenças e não na prevenção das mesmas.

O Programa de Saúde da Família é um modelo assistencial que engloba ações de promoção e proteção da saúde do indivíduo, família e comunidade.

Para podermos entender o Programa de Saúde da Família, devemos contrapor o mesmo ao modelo existente, que vai de encontro à mudanças no objeto de atenção, forma de atuação e organização dos serviços.

O Ministério da Saúde nomeou as unidades de saúde da família como correspondente aos centros de saúde.

Estas unidades de saúde tem como meta, trabalhar com um território que seja de sua responsabilidade, e atuando assim, com um número de profissionais correspondentes ao número de famílias da comunidade.

A população que vive na comunidade Mont Serrat, é formada basicamente por imigrantes negros, provenientes do município da grande Florianópolis. A

comunidade também é habitada por famílias que vieram do interior do estado de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná.

Todos os trabalhos promovidos pelo Centro de Saúde, estão direcionados para a assistência primária com base na prevenção, dando prioridade à gestantes, crianças, pacientes com agravos (hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase), estando os mesmos, em concordância com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde (Souza, 2001).

5.2.População Alvo

A clientela atendida neste trabalho foi composta por gestantes, puérperas e seu parceiros, preferencialmente no último trimestre de gestação e primeiro de puerpério respectivamente, pertencentes à comunidade do C S Monte Serrat e que aceitaram participar do projeto.

5.3.Plano de Ação

Objetivo 1 - Conhecer a estrutura física e operacional do CS Monte Serrat.

Estratégias:

- 1.1. Fazer reunião com a coordenadora do CS Monte Serrat.
- 1.2. Fazer reunião com as agentes comunitárias do CS Monte Serrat.
- 1.3. Fazer visita às instalações do CS Monte Serrat.
- 1.4. Conhecer as normas e rotinas do CS Monte Serrat.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se for seguida a estratégia proposta na 1ª semana de estágio.

Objetivo 2: Conhecer a equipe multiprofissional do posto e interagir com a mesma, apresentando a proposta de trabalho a ser desenvolvida.

Estratégia:

- 2.1. Apresentar o grupo e projeto à equipe multiprofissional, buscando parceria.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se for seguida a estratégia proposta na 1ª semana de estágio.

Objetivo 3: Elaborar instrumento para consulta de enfermagem em sexualidade à mulher/casal na gestação e puerpério.

Estratégia:

3.1. Elaborar instrumento para utilização na consulta de enfermagem com enfoque na sexualidade adaptado à gestante e puérpera.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se for elaborado instrumento para consulta antes do início do estágio.

Objetivo 4: Planejar, implementar e avaliar a consulta de enfermagem à gestante/casal grávido, com enfoque na sexualidade a partir da manutenção, adaptação ou repadronização do cuidado, considerando os aspectos culturais.

Estratégias:

4.1. Realizar consulta de enfermagem à gestante/casal grávido com enfoque na sexualidade, buscando a manutenção, adaptação ou repadronização do cuidado, considerando os aspectos culturais.

4.2. Buscar estimular a participação do parceiro na consulta de enfermagem, enfatizando sua importância.

4.3. Buscar parceria dos profissionais de saúde do CS solicitando dos mesmos o fornecimento de declaração de comparecimento para justificar ausência do parceiro no trabalho.

4.4. Aplicar roteiro para consulta de enfermagem à gestante/casal grávido com enfoque na sexualidade.

4.5. Registrar o cuidado prestado em consonância com o referencial teórico de Leininger.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se for aplicada a estratégia proposta a no mínimo 2 clientes por aluno no decorrer do estágio.

Objetivo 5: Planejar, implementar e avaliar a consulta de enfermagem à puérpera/casal, com enfoque na sexualidade a partir da manutenção, adaptação ou repadronização do cuidado, considerando os aspectos culturais.

Estratégias:

5.1.Realizar consulta de enfermagem à puérpera/casal com enfoque na sexualidade, buscando a manutenção, adaptação ou repadronização do cuidado, considerando os aspectos culturais.

5.2.Buscar estimular a participação do parceiro na consulta de enfermagem, enfatizando sua importância.

5.3.Buscar parceria dos profissionais de saúde do CS solicitando dos mesmos o fornecimento de declaração de comparecimento para justificar ausência do parceiro no trabalho.

5.4.Aplicar roteiro para consulta de enfermagem à puérpera/casal com enfoque na sexualidade.

5.5.Registrar o cuidado prestado em consonância com o referencial teórico de Leininger.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se for aplicada a estratégia proposta a no mínimo 2 clientes por aluno no decorrer do estágio.

† *Objetivo 6: Elaborar materiais didáticos para o desenvolvimento das atividades práticas, facilitando o processo educativo.*

Estratégias:

6.1.Elaborar cartazes educativos de acordo com as necessidades.

6.2.Elaborar manual direcionado à gestante, puérpera e casal.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se for aplicada a estratégia proposta no decorrer do estágio.

Objetivo 7: Realizar oficinas com grupos de gestantes/casais grávidos, incluindo a temática da sexualidade.

Estratégias:

7.1. Buscar parceria dos agentes de saúde para divulgação das oficinas e captação de demanda.

7.2. Elaborar material de divulgação das oficinas.

7.3. Participar de eventos da comunidade para divulgar o trabalho.

7.4. Aprazorar as oficinas quinzenalmente.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se for aplicada a estratégia proposta no decorrer do estágio.

Objetivo 8: Ampliar conhecimento científico e popular sobre sexualidade e gravidez.

Estratégias:

8.1. Buscar bibliografia sobre a temática, elaborando 1 ficha de leitura por aluno a cada 15 dias.

8.2. Compartilhar as fichas elaboradas entre o grupo e com a orientadora a cada 15 dias.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se for aplicada a estratégia proposta no decorrer do estágio.

Objetivo 9: Contribuir com o curso de graduação em enfermagem da UFSC socializando o conhecimento adquirido através de nosso trabalho.

Estratégia:

9.1. Participar da aula sobre Resposta Sexual Humana para os alunos da 4ª fase de enfermagem nos dias 29/03 e 29/06 de 2001.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se for aplicada a estratégia proposta no decorrer do estágio.

Objetivo 10: Participar de eventos científicos com o objetivo de aprofundar conhecimento sobre o tema.

Estratégia:

10.1. Buscar informações a cerca de eventos que abordem o tema e participar dos mesmos.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se for aplicada a estratégia proposta no decorrer do estágio.

Objetivo 11: Avaliar periodicamente o desenvolvimento do projeto.

Estratégia:

11.1. Estabelecer horário semanal para reunir o grupo a fim de discutir o andamento do projeto.

11.2. Fazer reunião quinzenal com orientadora.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se for aplicada a estratégia proposta no decorrer do estágio.

Objetivo 12: Realizar estágio extracurricular no CS Monte Serrat.

Estratégias:

12.1. Entrar em contato com enfermeira solicitando a realização do estágio extracurricular.

12.2. Realizar estágio extracurricular de 72 horas com objetivo de conhecer do CS, criando vínculo com a equipe multiprofissional e clientela, além de desenvolver habilidades específicas.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se for aplicada a estratégia proposta.

6. FAZENDO O CRONOGRAMA

O estágio foi desenvolvido de 26/03/2001 à 01/06/2001, de Segunda a Sexta-feira, alternando-se nos períodos matutino e vespertino, quando necessário, conforme o cronograma a seguir:

7. DESCREVENDO OS RESULTADOS

7.1. ATIVIDADES PROPOSTAS

Conforme proposto realizamos 220 horas de estágio que alternaram-se nos turnos matutino e vespertino conforme a necessidade.

Estas 220 horas foram desenvolvidas junto ao CS do bairro Mont Serrat, no período de 02 de março a 02 de junho.

A seguir, passaremos a descrever a execução de cada objetivo proposto:

7.1.1 Objetivo 1

Conhecer a estrutura física e operacional do CS Monte Serrat.

No dia 07 de fevereiro de 2001 deu-se o início do estágio, ainda na modalidade de extracurricular. Ao chegarmos no posto, às 08:00 horas, fomos recebidos pela enfermeira e apresentados à equipe multiprofissional.

Conhecemos a estrutura física do posto, percebendo aí, a importância deste momento para uma maior eficiência em nossa atuação, no campo de estágio. Em seguida nos dirigimos à sala de Enfermagem onde conversamos com a coordenadora do posto, apresentando a proposta do presente trabalho.

A coordenadora relatou sobre as peculiaridades da comunidade, a organização e funcionamento do posto, bem como os programas, Capital Criança e a estratégia do Programa de Saúde da Família, entre outros.

Assim, consideramos que o objetivo 1 foi totalmente alcançado, pois as estratégias propostas foram realizadas ao final da primeira semana.

7.1.2 Objetivo 2

Conhecer a equipe multiprofissional do posto e interagir com a mesma, apresentando a proposta de trabalho a ser desenvolvida.

Para o dia posterior, ficou marcada uma reunião com todas as agentes comunitárias, onde mais uma vez expusemos a proposta do nosso trabalho. As agentes nos transmitiram um pouco da realidade do dia-a-dia do morro, marcado pela violência trazida pelo tráfico de drogas, onde eram reconhecidas a rivalidade entre determinadas micro-áreas, restringindo-se assim, o acesso de uma agente de saúde para outra micro-área que não fosse a sua. Estabelecemos aí, o início de um forte vínculo com os agentes de saúde, vínculo este que foi decisivo no estabelecimento de parceria no trabalho a ser desenvolvido.

Com isto, consideramos que o objetivo 2 foi alcançado totalmente, pois as estratégias propostas foram realizadas ao final da primeira semana.

7.1.3 Objetivo 3

Elaborar instrumento para consulta de enfermagem em sexualidade à mulher/casal na gestação e puerpério.

Quando começamos nosso estágio extracurricular, no dia 07 de fevereiro, à medida que íamos desenvolvendo as consultas com gestantes e puérperas, percebemos a necessidade de ter em mãos um instrumento pra consulta incluindo roteiro de coleta de dados, que pudesse nortear o desenvolvimento de nosso trabalho. Este instrumento fez falta durante o estágio extracurricular, no sentido de nortear a consulta de enfermagem.

No entanto, gostaríamos de salientar que trabalhar sem instrumento de consulta num primeiro momento foi importante ao nos deixar claro que o uso de uma metodologia dá sentido ao cuidado, sendo portanto, instrumento imprescindível para um cuidado de enfermagem qualificado e livre de riscos. Assim, o nosso grupo passou a se reunir várias vezes para, entre outros detalhes do trabalho, estudar o uso de um instrumento de consulta fundamentado no referencial teórico deste estudo. Após conhecermos vários modelos de instrumentos contidos em outros Trabalhos de Conclusão de Curso, optamos por trabalhar com o instrumento criado por Vieira, Liz e Gesser (199?), por acreditarmos ser o mais adequado a nossa temática. Ressalte-se que foram feitas alterações e adaptações no mesmo, passando-se a aplicá-lo durante nossas consultas. (apêndice n.º 01)

7.1.4 Objetivo 4

Planejar, implementar e avaliar a consulta de enfermagem à gestante/casal grávido, com enfoque na sexualidade a partir da manutenção, adaptação ou repadronização do cuidado, considerando os aspectos culturais.

Já nas primeiras consultas verificamos que abordar a sexualidade da mulher/casal grávido não seria uma tarefa fácil. Em nossa cultura a mulher vem se omitindo, trancando sua sexualidade em um corpo que grita por liberdade de expressão. Quando começamos o estágio curricular tínhamos em mãos o instrumento que direcionou a consulta de enfermagem favorecendo a abordagem da sexualidade da mulher/casal grávido e puérpera. No decorrer do estágio interagindo com as/os clientes pudemos verificar, nas consultas de enfermagem, crenças e valores identificando fatores culturais favoráveis e desfavoráveis para o contexto de saúde, buscando através do referencial teórico de Leininger manter, repadronizar ou adaptar o cuidado.

A partir daí surgiu, então, uma dificuldade, que foi a de trabalhar com o

parceiro da gestante/puérpera. Num primeiro momento, as mesmas alegavam que eles não podiam acompanhá-las durante as consultas pois trabalhavam durante o horário das mesmas. De posse destas informações conversamos então, com a médica do CS, a fim de que a mesma fornecesse atestados para os parceiros que acompanhassem as clientes nas consultas. De pronto fomos atendidos, mas qual foi a nossa surpresa ao percebermos mais tarde que, na verdade, não era este o principal problema, e sim que, como referiu uma gestante *"Como vou pedir pro meu marido vir se sei que ele pode levar um tiro se descer do morro?"* a violência atrapalhou, portanto, nossas atividades.

Em nossa opinião, o atendimento ficou prejudicado pela falta do parceiro, já que entendemos que a sexualidade, em se tratando de um casal, deve ser responsabilidade dos dois, assim sendo, se há algo a ser repadronizado ou adaptado, deve ser uma decisão compartilhada pelos dois indivíduos interessados e não por apenas um deles. Além disso, percebemos em várias consultas o relato por parte das gestantes ou puérperas de que o parceiro mostrava-se resistente a realizar adaptações em função das alterações na sexualidade que podem ou não ocorrer durante a gestação e puerpério e pelo fato de que o mesmo não vinha até o posto, não podíamos consequentemente realizar orientações a ele, e sim somente à sua companheira, na esperança de que através da mesma houvesse a possibilidade de repadronizar e acomodar alguns cuidados/comportamentos relacionados à sexualidade.

O número de clientes que atendemos para este estudo também ficou reduzido, basicamente por quatro motivos:

- 1- As gestantes/puérperas temiam por sua segurança e assim acabavam por não comparecer às consultas pré agendadas;
- 2- Por outro lado, elas não permitiam que fôssemos às suas residências, haja vista que muitas delas tinham parceiros que estavam envolvidos diretamente com o tráfico de drogas e por isso, não permitiam visitas;
- 3- Ainda, o Centro de Saúde ficava em uma área de intenso conflito;
- 4- Mesmo quando apenas um parente ou familiar (tio, irmão, etc.), se relacionava com o tráfico, todos os familiares, incluindo aí as possíveis gestantes ou

puérperas, eram proibidos de se locomover em outras microáreas do bairro.

O que fazer, então? Havíamos concordado, previamente, que neste contexto as visitas domiciliares eram simplesmente impossíveis, ainda mais que não tínhamos desenvolvido, ainda, um vínculo razoável com a comunidade e três meses apenas não eram suficientes para tal. Estávamos diante de um grande conflito, que podia culminar com um prejuízo irrecuperável para nosso trabalho, impossibilitando muitos de nossos objetivos.

Decidimos que nossa estratégia tinha que mudar. Já que estávamos praticamente ilhados no CS, sem podermos circular pela comunidade, concluímos que precisávamos, mais do que nunca, da ajuda dos agentes comunitários, já que estes eram nossa ponte com o resto da comunidade. É bem verdade que eles também tinham as suas restrições de deambulação no morro, mas cada qual em sua microárea era respeitado e ouvido. Iniciamos então, uma conscientização gradativa de todos os agentes, procurando explicar a importância da sexualidade, não só na gestação/puerpério, mas durante todo o ciclo vital. Participamos inclusive, de um treinamento de agentes comunitários de vários CSs de Florianópolis, abordando a mesma temática.

O número final de clientes atendidas foi de 26, contudo, o leitor mais atento perceberá que, enquanto nos gráficos das gestantes o N é igual a 18, nos gráficos das puérperas este muda para 12, perfazendo então um total de 30 clientes (18+12); o que deve ser explicado é que, das dezoito gestantes que atendemos, quatro continuaram as consultas durante o puerpério, sendo incluídas portanto, em ambos os grupos em momentos diferentes. Portanto, das doze puérperas atendidas, quatro já haviam consultado conosco durante a gestação, e oito não haviam. Somando-se então, as 18 gestantes com as 8 puérperas temos 26 clientes atendidas durante o estágio.

A seguir transcreveremos os resultados dos dados levantados junto a clientela atendida num total de 30 clientes, sendo 18 gestantes e 12 puérperas. Em relação aos dados sociográficos, foram reunidos os dados relativos a gestantes e puérperas, a saber:

A maioria das clientes entrevistadas (50%) tinha entre 20 e 30 anos, com

idade média de 24 anos. Quanto à escolaridade, 44% tinham o primeiro grau incompleto, seguidas por 24% que tinham o segundo grau incompleto, 16% tinham o primeiro grau completo e 16% tinham o segundo grau completo.

Cinquenta e quatro por cento das clientes entrevistadas eram do lar, seguidas por 16,7% que eram domésticas. Noventa e dois por cento eram da religião católica. Cinquenta e seis por cento das clientes referiam uma união estável, ao passo que 24% eram casadas e 16% solteiras. A maioria delas (66,6%) afirma residir em casa própria, de madeira (45,8%). A renda familiar para a maioria das entrevistadas oscilou entre mais de um até três salários mínimos (41,6%), seguida por mais de três até seis salários mínimos (29,2%).

Quanto ao companheiro, a idade média referida foi de 28 anos, estando 49,9% dos companheiros com faixa etária entre 20 e 30 anos. Quanto à escolaridade do companheiro, 60,9% tem apenas o primeiro grau incompleto, seguido de 17,4% que tem o primeiro grau completo. Entre as profissões do companheiro, as mais relatadas foram, respectivamente, pedreiro(17,4%), eletricitista e motorista (13%) e desempregado e autônomo (8,7%). Importante ressaltar que neste quesito, 39,2% dos parceiros foram incluídos no grupo "outros", o qual incluía ocupações como assador, vivendo de pensão, office-boy, etc.

Tínhamos a intenção inicial de atender a mulher/casal preferencialmente no último trimestre de gestação e no início do puerpério.

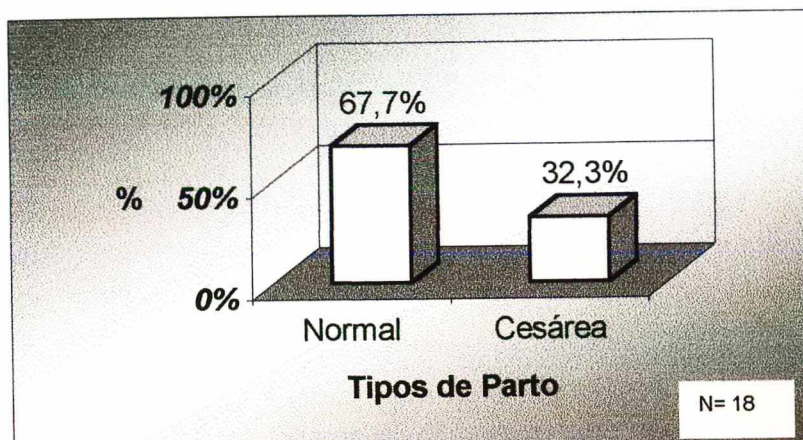
Atendemos ao todo 18 gestantes, sendo que 2 alunos atenderam 4 gestantes cada e 2 atenderam 5.

Destas 18 gestantes, 4 foram também atendidas no puerpério. As demais não foram ou porque não retornaram para consulta ou porque não estavam no terceiro trimestre de gestação (44,5%) e portanto não se tornaram puérperas no decorrer do estágio. Some-se a isto o fato de que mesmo as mulheres que foram atendidas no terceiro trimestre, o foram no final do estágio, portanto também não tinham tido filho ainda.

Sendo assim para concretizar o objetivo n.º 5, de atendimento à puérpera, atendemos a 8 puérperas que não tinham consultado conosco na condição de gestantes.

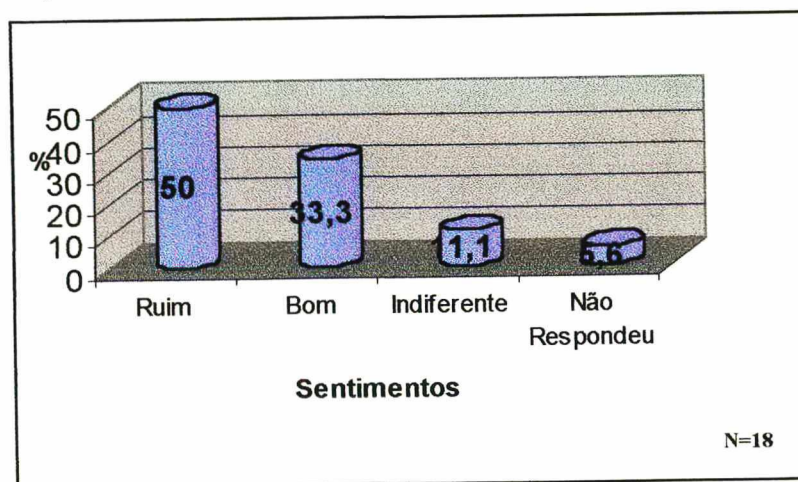
Em relação a clientela de gestantes passaremos a descrever e analisar os dados por nós levantados durante a consulta de enfermagem, através do instrumento de consulta (apêndice 01).

Gráfico 1: Idade da Primeira Relação Sexual em Mulheres Gestantes Usuárias do CS Mont Serrat - Florianópolis - SC, Fevereiro/Junho 2001



Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o estágio.

Gráfico 2: Sentimentos Verbalizados Pelas Mulheres Gestantes Usuárias do CS Mont Serrat, em Relação À Primeira Experiência Sexual - Florianópolis - SC, Fevereiro/Junho 2001



Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio.

Ao analisarmos os gráficos 1 e 2 percebemos que a totalidade das mulheres atendidas teve sua 1ª relação sexual ainda na adolescência. Esta

mesma clientela classificou a 1ª experiência sexual como ruim (50%), sendo a maioria.

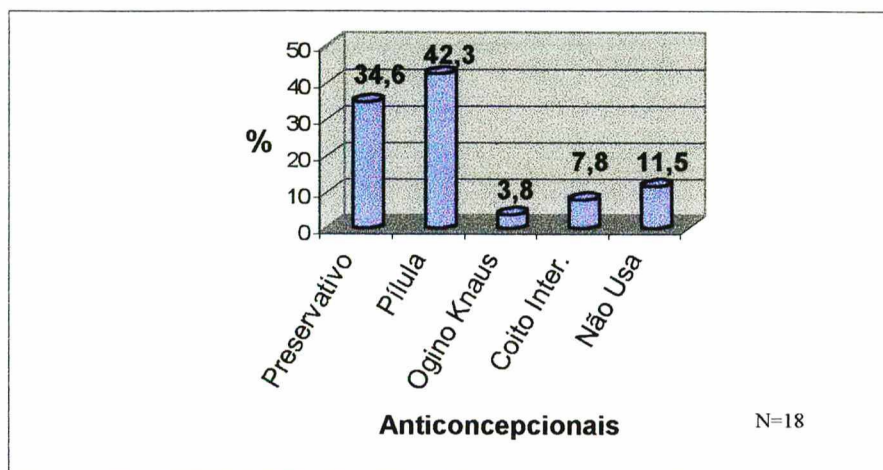
Chama a atenção o percentual de 11,1% (apesar de pequeno) de mulheres que verbalizaram indiferença em relação a 1ª experiência sexual, mas vale ressaltar que estas clientes em n.º de 2 mostraram-se pouco a vontade para verbalizar seus sentimentos durante a consulta de enfermagem.

O fato da maioria ter classificado a 1ª experiência sexual como ruim, deve-se, na nossa percepção, ao início precoce da atividade sexual, numa idade em que comumente as informações acerca do tema são precárias, fato este fortalecido pelas transformações corporais características desta fase que fazem com que o adolescente ainda não tenha o domínio completo de seu corpo, nem tampouco das reações ao estímulo sexual.

Importante salientar que mesmo as mulheres por nós atendidas que já estavam na idade adulta demonstraram pouco ou nenhum conhecimento acerca do próprio corpo e Resposta Sexual.

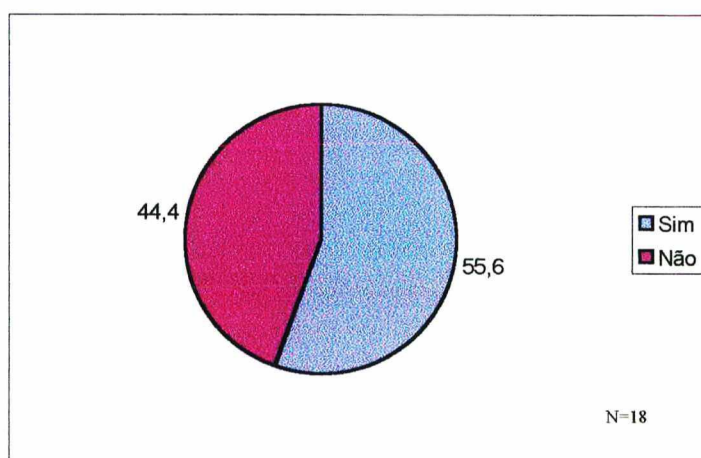
Entendemos que as pessoas possuem desajustes no exercício da sua sexualidade, muitas vezes, por absoluta falta de informação e conhecimento sobre o seu corpo e o do parceiro; outras vezes por estarem atreladas a tabus, mitos e crendices aprendidos desde a infância e referenciados pelo imaginário coletivo acerca do exercício da sexualidade.

**Gráfico 3: Métodos Anticoncepcionais Utilizados
Pelas Mulheres Gestantes Usuárias do CS Mont Serrat - Florianópolis - SC,
Fevereiro/Junho 2001**



Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio.

**Gráfico 4: O Uso de Planejamento Familiar
Por Mulheres Gestantes Usuárias do CS Mont Serrat - Florianópolis - SC,
Fevereiro/Junho 2001**



Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio.

Observando-se os gráficos 3 e 4, percebe-se que o método contraceptivo mais utilizado pelas mulheres gestantes é a pílula anticoncepcional, seguido pelo preservativo masculino. Os métodos comportamentais atingem um percentual significativo que praticamente se equívale ao não uso de anticoncepção. Estes dados são preocupantes na medida em que a maioria das clientes não eram casadas e possuíam apenas união estável. Some-se a isso o baixo número de

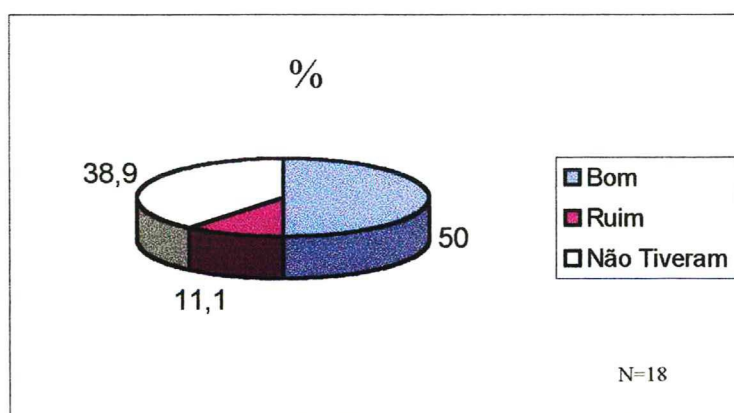
mulheres que se utilizam do preservativo. Tais dados se tornam alarmantes, quando pensamos na prevenção de DST/AIDS, principalmente nesta comunidade caracterizada pelo tráfico e uso de drogas.

Há de se lembrar ainda que estatísticas mundiais vem apontando um número cada vez maior de mulheres monogâmicas casadas ou em uniões estáveis, com relações heterossexuais que vem adquirindo HIV de seus parceiros. Este contexto nos leva a pensar no porque de tão baixo índice de conscientização sobre o risco de aquisição do HIV, apesar das freqüentes propagandas na mídia.

Apenas 55,6% das gestantes utilizam-se do Planejamento Familiar, sendo portanto uma gravidez desejada. Os outros 44,4% não faziam uso do Planejamento, o que significa dizer que tiveram uma gravidez indesejada, o que, na nossa percepção é um alto índice, que torna o problema um agravante do ponto de vista social na comunidade do estudo, onde a renda familiar média é de 1 a 3 salários mínimos.

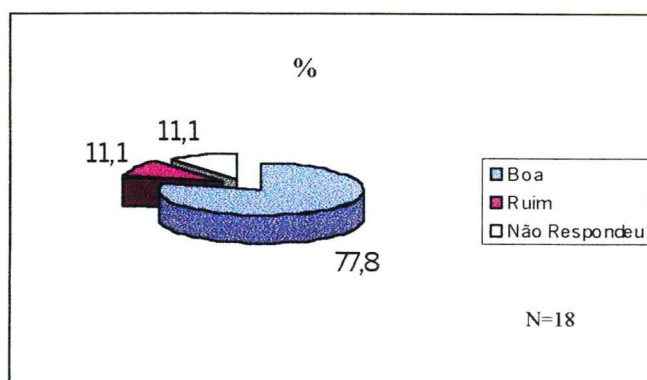
Por último salientamos que apesar da maioria da clientela usar um método anticoncepcional eficaz como pílula e camisinha(76,9%), 44,4% das gravidezes foram indesejadas, o que aponta para o mal uso do método.

Gráfico 5: Sentimentos Acerca da Qualidade Da Sexualidade Pré-Conjugal Verbalizados Por Mulheres Gestantes Usuárias do CS Mont Serrat - Florianópolis - SC, Fevereiro/Junho 2001



Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio.

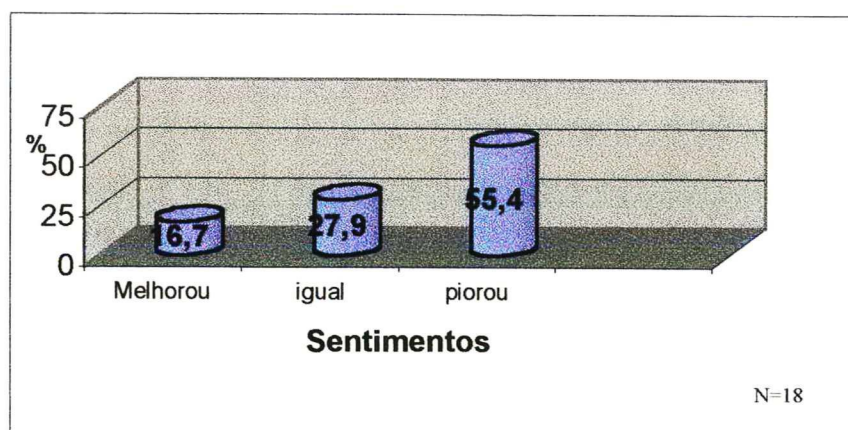
Gráfico 6: Sentimentos Acerca da Qualidade Da Sexualidade Conjugal Verbalizados Por Mulheres Gestantes Usuárias do CS Mont Serrat - Florianópolis - SC, Fevereiro/Junho 2001



Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio.

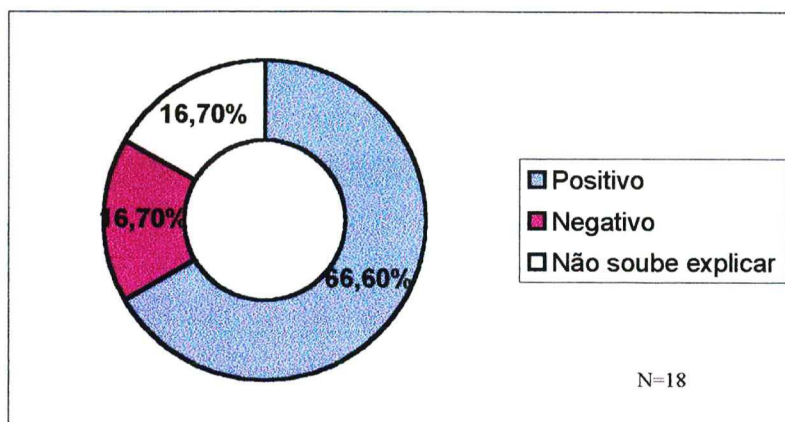
Observando-se os gráficos **5** e **6**, podemos dizer que apesar de não ser muito significativa, existe uma diferença entre a qualidade da atividade sexual pré-conjugal e conjugal sendo descrita em maior porcentagem como boa a conjugal. Tal dado vem a ratificar o fato de que a maior intimidade, convivência e conhecimento entre os parceiros tende a melhorar a qualidade do exercício da sexualidade.

Gráfico 7: Alterações na Sexualidade em Função da Gravidez, Comparada à Sexualidade Pré-Gestacional, Referenciada por Mulheres Gestantes Usuárias do CS Mont Serrat – Florianópolis - SC, Fevereiro/Junho 2001



Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio.

Gráfico 8: Percepção Sobre a Gravidez Como Um Momento Positivo ou Negativo Na Visão das Mulheres Gestantes Usuárias do CS Mont Serrat – Florianópolis - SC, Fevereiro/Junho 2001



Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio.

Analisando-se o gráfico 7 percebe-se que para grande maioria das mulheres a gravidez acarreta alteração na sexualidade para pior como podemos perceber nas seguintes falas:

“ Continuo tendo relações até agora, no 9º mês, mesmo às vezes sem querer”.

“ Sinto nojo, vergonha. Eu não transo. Antes eu achava bom, uma curtição, divertido”.

“ Eu sinto cansaço e sono. Eu achava melhor antes de engravidar”.

“ No início sentia prazer, mas agora o desejo diminuiu. Sinto dor e medo de machucar o bebê. Meu marido aceita, mas não entende esta situação. Por isso, já discutimos muitas vezes”.

“Agora eu acho ruim. Antes eu também achava chato. Se pudesse eu não teria”.

No gráfico 8 observa-se que apesar desta “piora” na sexualidade, apontada no gráfico 7, a maioria das mulheres vê a gravidez como um momento positivo em sua vida, o que talvez se explique pelo fato de que, culturalmente, a mulher deve procriar e reproduzir deixando em segundo plano, outras necessidades, como por

exemplo a sexualidade.

Vale lembrar que culturalmente a gravidez não é o momento para o exercício da sexualidade, como já explicado na revisão da literatura. Soma-se a isto o despreparo dos profissionais em fazer educação para saúde durante a gravidez no que diz respeito a sexualidade, lembrando que muitos profissionais de saúde tem neste aspecto da sexualidade na gravidez a mesma visão da cliente, motivo pelo qual talvez não trabalhem esta questão.

Salientamos que um número considerável de mulheres que relataram manter sua sexualidade inalterada durante a gravidez verbalizaram uma vida sexual pré-gestacional ruim como exemplificado na seguinte fala:

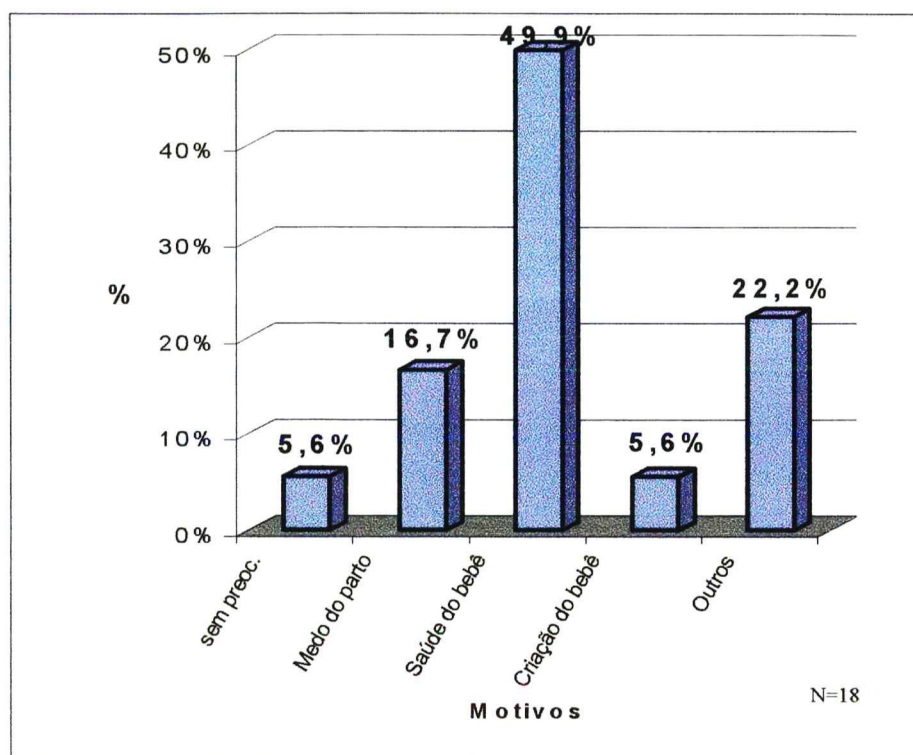
“antes de engravidar, achava chato, se pudesse não teria relações sexuais. Agora, na gravidez, continua igual”.

Apesar destes dados, não podemos deixar de considerar que para 16,7% das mulheres a sexualidade melhorou com a gravidez:

“Antes achava mais importante para ele, agora estou começando a gostar”.

Julgamos importante destacar que estes dados, isoladamente, não podem ser analisados em profundidade sem levar em conta a história de vida de cada cliente, que com certeza, determina a expressão de sua sexualidade.

Gráfico 9: Motivos de Preocupação Relacionados À Gravidez Relatados por Mulheres Gestantes Usuárias do CS Mont Serrat - Florianópolis - SC, Fevereiro/Junho 2001



Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio.

Ao observarmos o gráfico 9 percebemos que a maior preocupação da gestante é com a saúde do bebê, sendo assim o bebê passa a ser o centro das atenções da mulher, o que faz com que suas necessidades pessoais, entre elas a sexualidade, fiquem em segundo plano.

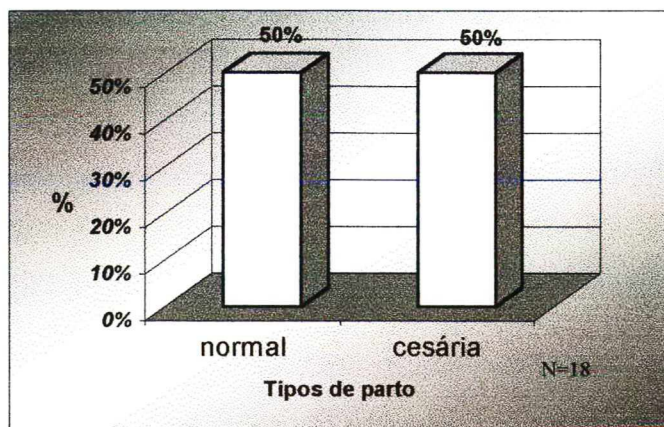
O mesmo gráfico mostra que somente 5,6% das gestantes não verbalizam preocupação durante a gravidez, ao passo que os 94,4% restantes tem preocupação de alguma natureza.

Se levarmos em conta que Master e Jonhson apud Garcia (1998) afirmam que o estresse e a preocupação podem afetar a Resposta Sexual e a Sexualidade, podemos entender que a gestante tenha alteração no exercício de sua sexualidade.

O fato da preocupação maior da grávida ser com a saúde do bebê pode justificar o medo da maioria das mulheres de que a penetração vaginal "machuque o bebê" como expresso na seguinte fala:

“Antes de engravidar sentia prazer, mas agora diminuiu meu desejo. Tenho dor e medo de machucar o bebê”.

**Gráfico 10: Relatos Acerca de Tipos de Parto
Já Realizados por Mulheres Gestantes
Usuárias do CS Mont Serrat - Florianópolis - SC, Fevereiro/Junho 2001**



Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio.

O gráfico **10** mostra os tipos de parto que as gestantes já experienciaram. Chama atenção o alto índice de cesarianas (50%) uma vez que a Maternidade Segura preconiza um máximo de 25% de cesáreas como número aceitável.

A título de ilustração transcreveremos um exemplo de um cuidado de enfermagem, seguindo a metodologia proposta por Leininger:

Processo de Cuidar – Registro - Gestante

<u>Identificando a(s) Necessidade (s) de Cuidado</u>					
Data	Conhecendo sobre o Cuidado	Refletindo sobre o Cuidado	Planejando o Realizando o Cuidado	Avaliando o Cuidado	Percepção do Enfermeiro
09/04/01	<p>- Relações sexuais durante a gestação é sempre para agradar o marido.</p>	<p>- Uma mulher passa por muitas mudanças físicas emocionais e psicológicas durante a gravidez que influenciam suas atitudes e seu prazer com o sexo. O “não querer” de uma mulher ter relação sexual, não necessariamente implica que esta deixou de gostar de seu parceiro.</p>	<p>- Orientar sobre as modificações biopsicológicas influenciadoras de seu potencial sexual na gestação, estimulando o dialogo do casal/ gestante afim de um acordo onde ambos compartilhem prazer e, a mulher não precise submeter-se a “servir o parceiro com sexo”, trancando assim sua sexualidade.</p>	<p>- Adaptar</p>	<p>- É de grande valor observarmos o quanto a mulher gestante cobra de si as alterações comuns ‘a gestação e ainda o quanto está atrelada a atributos culturais de que a mulher deve servir o homem.</p>

Processo de Cuidar – Registro - Gestante

<u>Identificando a(s) Necessidade (s) de Cuidado</u>					
Data	Conhecendo sobre o Cuidado	Refletindo sobre o Cuidado	Planejando o Realizando o Cuidado	Avaliando o Cuidado	Percepção do Enfermeiro
20/04/01	- Tem um bom relacionamento sexual com o companheiro.	- O maior tempo de conhecimento do casal associado a um diálogo “aberto” entre estes, favorece a qualidade do potencial sexual fazendo com que ambos alcancem níveis desejados de prazer.	- Evidenciar à cliente os benefícios de se conversar com o parceiro, mantendo-se assim a boa interação conjugal.	Manter.	- Observamos que o diálogo entre o casal é um dos fatores que beneficia a boa relação sexual, pois proporciona um conhecer melhor o outro.

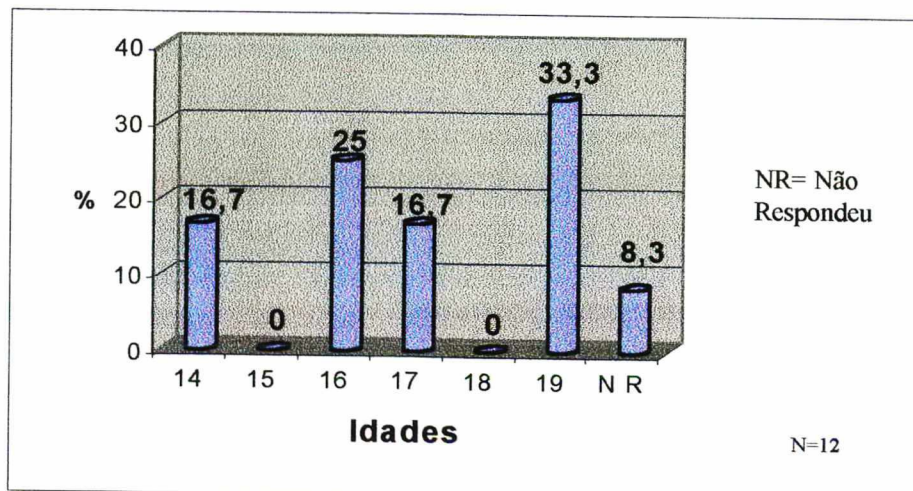
7.1.5 Objetivo 5

Planejar, implementar e avaliar a consulta de enfermagem à puérpera/casal, com enfoque na sexualidade a partir da manutenção, adaptação ou repadronização do cuidado, considerando os aspectos culturais.

Ao iniciarmos o estágio extracurricular foi significativo o número de consultas com puérperas no Centro de Saúde, contudo ainda não tínhamos em mãos o instrumento/roteiro para anotação dos dados, o qual só passamos a utilizar no início do estágio curricular. Foi possível perceber, no entanto, já no estágio extracurricular o déficit de conhecimentos sobre questões básicas como anatomia do corpo humano, anticoncepção no período de amamentação, cuidados com o bebê, etc., trazendo à puérpera uma ansiedade que certamente não fazia bem a esta mulher e não contribuía em nada para alcançar níveis desejáveis do potencial sexual.

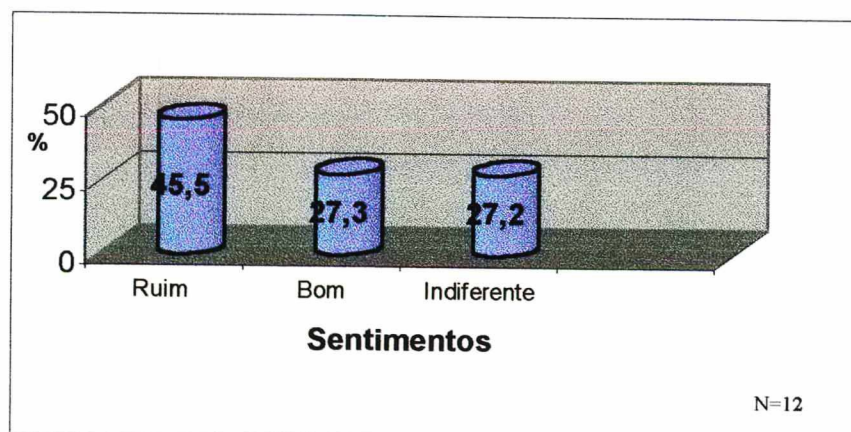
As consultas à puérpera seguem o mesmo andamento do atendimento à gestante citadas no objetivo n.º 4.

**Gráfico 11: Idade da Primeira Relação Sexual em Mulheres Puérperas
Usuárias do CS Mont Serrat - Florianópolis - SC, Fevereiro/Junho 2001**



Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio.

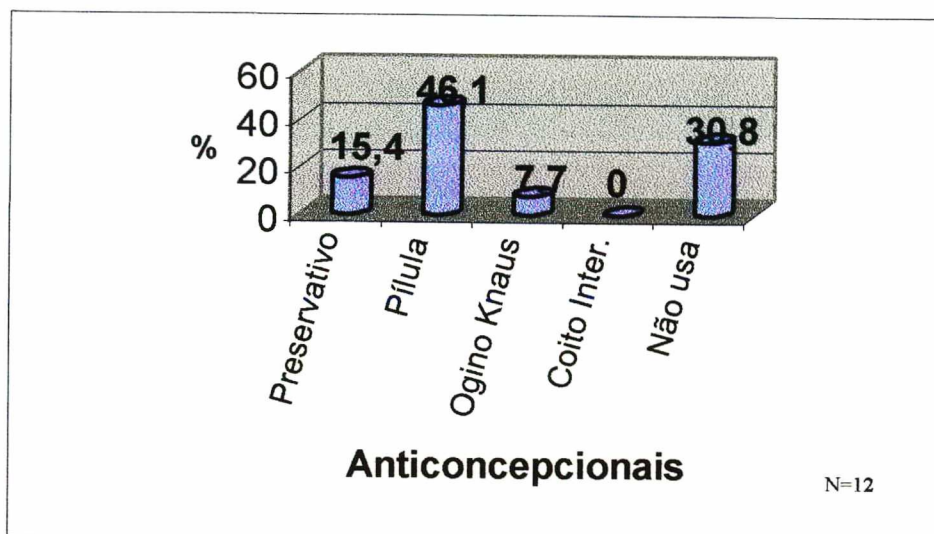
**Gráfico 12: Sentimentos Verbalizados Pelas Mulheres Puérperas
Usuárias do CS Mont Serrat, em Relação
À Primeira Experiência Sexual - Florianópolis - SC, Fevereiro/Junho 2001**



Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio.

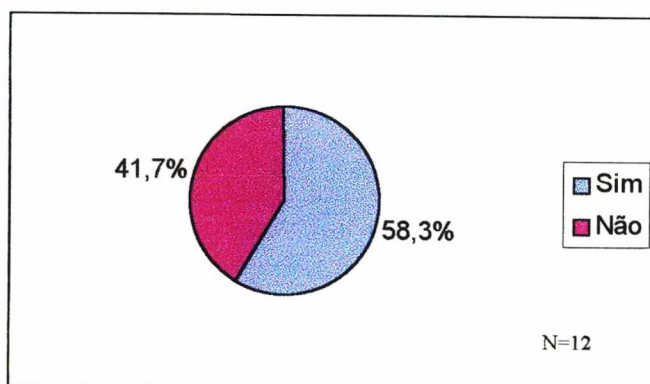
A totalidade de mulheres puérperas manteve a primeira relação sexual na adolescência, de acordo com o gráfico 11. Já o gráfico 12 mostra que desta clientela classificaram a 1ª experiência sexual como ruim 45,5%. Digno de nota é o fato de que 27,2% das puérperas referiu a experiência da 1ª relação sexual com o sentimento de "indiferença". Uma possível explicação para este fato já foi discutida na análise dos gráficos 1 e 2 do objetivo 4.

Gráfico 13: Métodos Anticoncepcionais Utilizados pelas Mulheres Puérperas, Usuárias do CS Mont Serrat, Antes da Gravidez - Florianópolis - SC, Fevereiro/Junho 2001



Fonte: Dados colhidos pelos alunos durante estágio

Gráfico 14. Uso de Planejamento Familiar por Mulheres Puérperas Usuárias do CS Mont Serrat. Florianópolis - SC, Fevereiro/Junho 2001



Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio.

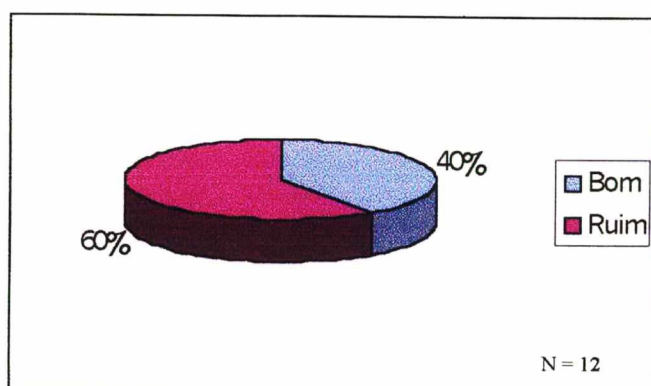
Analisando-se os gráficos 13 e 14 é possível perceber que o método contraceptivo mais utilizado antes da gravidez pelas mulheres puérperas atendidas é o anticoncepcional oral (46,1%). Impressionou-nos o fato de 30,8%

das clientes afirmarem não utilizar qualquer método contraceptivo. Este número somado a 6% de métodos contraceptivos comportamentais atingem a preocupante marca de 38,5% que ultrapassa em muito inclusive, o número de mulheres puérperas que utilizam o preservativo como método contraceptivo (15,4%).

O fato de um número tão pequeno de clientes utilizarem o condon, traz como agravante adicional o risco de contaminação por DST/HIV, como já referido na análise do gráfico 3 e 4 do objetivo 4.

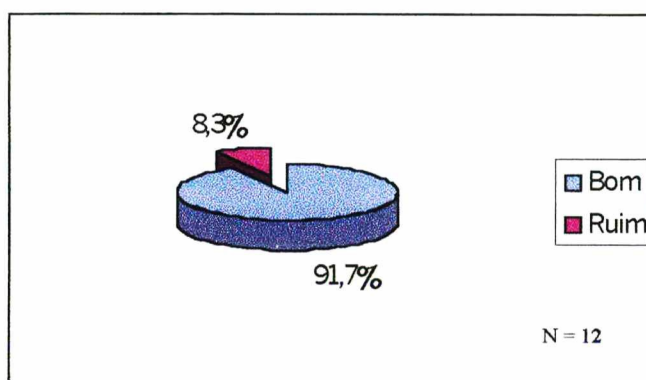
Quando observado o gráfico 14, constata-se que grande parte das puérperas entrevistadas não realizam planejamento familiar (41,7%). Este dado condiz com os dados do gráfico 13 já que 38,5% das clientes ou não utilizam, ou utilizam métodos contraceptivos ineficazes. Ao contrário do que foi observado no caso das gestantes, entre as puérperas parece não haver um mal uso dos anticoncepcionais de maior eficácia como pílula e camisinha.

Gráfico 15. Sentimentos Acerca da Sexualidade Pré Conjugal Verbalizadas por Mulheres Puérperas Usuárias do CS Mont Serrat - Florianópolis - SC , Fevereiro/Junho 2001



Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio

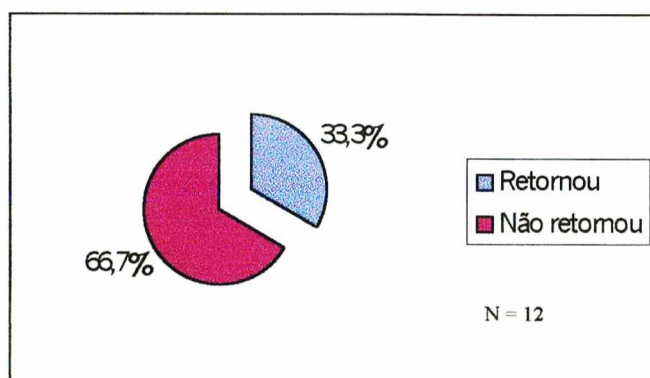
Gráfico16. Sentimentos Acerca da sexualidade Conjugal Verbalizada por Mulheres Puérperas Usuárias do CS Mont Serrat- Florianópolis- SC, Fevereiro / Junho 2001



Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio.

Analizando-se os gráficos **15** e **16**, percebe-se que 60% das mulheres puérperas entrevistadas relatam sentimentos “ruins” em relação à sexualidade pré-conjugal. Contudo, esta situação muda quando se fala de relacionamento conjugal, com a maioria das clientes (91,7%) referindo seus sentimentos acerca da sexualidade conjugal como “bons”. Isto reafirma a idéia da importância que a intimidade e conhecimento mútuo do casal traz ao bom exercício da sexualidade, como já referido na análise dos gráficos 5 e 6 do objetivo 4.

Gráfico 17. Relato do Retorno da Atividade Sexual verbalizado Por Mulheres Puérperas Usuárias do CS Mont Serrat - Florianópolis - SC, Fevereiro/Junho 2001



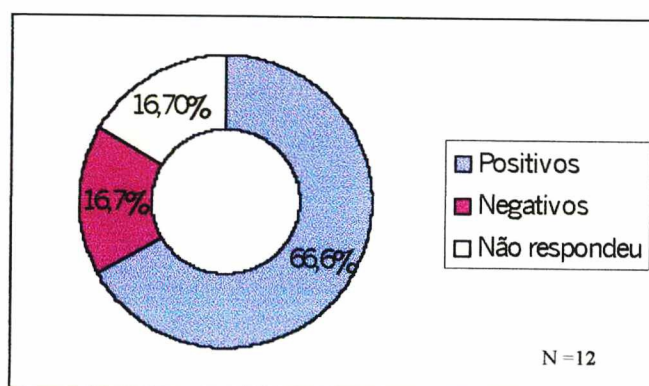
Fonte - Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio

Observando-se o gráfico 17, pode-se constatar que a maioria das puérperas (66,7%) não haviam ainda retomado a atividade sexual.

Pode-se atribuir este alto valor ao fato de que boa parte das clientes ainda não estava no período de 30 dias de puerpério recomendado para o retorno à atividade sexual com penetração vaginal e ao costume cultural de só manter relações sexuais após a “quarentena” (40 dias de resguardo). As puérperas que já haviam retornado à atividade sexual (33,3%) tinham ultrapassado o período de 30 dias pós-parto.

Ao analisarmos este gráfico percebemos que fez falta a pergunta sobre os sentimentos acerca do retorno à sexualidade no puerpério, razão pela qual recomendamos a quem porventura der continuidade a este trabalho que o faça, a fim de possibilitar uma análise comparativa dos dados.

Gráfico 18. Percepção Sobre a Gravidez como um Momento Positivo ou Negativo na Visão das Mulheres Puérperas Usuárias do CS Mont Serrat - Florianópolis - SC, Fevereiro/Junho 2001



Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio.

De acordo com o gráfico **18**, a maioria das puérperas percebeu a gravidez como um momento positivo. Contudo 16,7% relatam ter este momento um cunho negativo, como registrado através das falas:

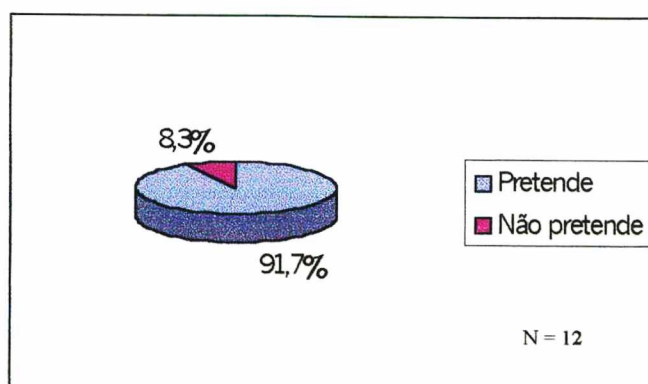
“Para mim, foi um pesadelo”

“Acho ruim porque demora muito pra acabar”

A falta de informação, de suporte familiar, de condições sócio-econômicas favoráveis entre outros, foram os motivos mais comumente identificados por nós como causadores dos relatos acima expostos.

Chama atenção o fato de que tanto as gestantes como as puérperas tem exatamente a mesma percepção sobre a gravidez, diferente do que imaginávamos, uma vez que uma está vivenciando a gravidez enquanto a outra já passou pelo processo. Na nossa percepção e até por coerência ao referencial de Leininger, pensamos que este fato se deva a homogeneidade do valor cultural acerca da gestação uma vez que trabalhamos com mulheres da mesma comunidade.

Gráfico 19. Opiniões Acerca de pretender ou Não Amamentar Referenciadas por Mulheres Puérperas Usuárias de CS Mont Serrat - Florianópolis - SC, Fevereiro/Junho 2001

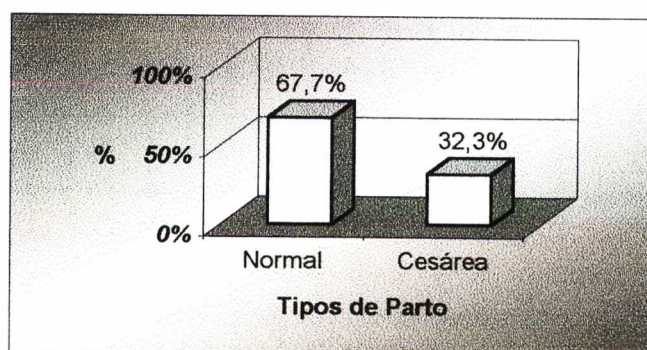


Fonte: Dados colhidos pelos acadêmicos durante o período de estágio.

De acordo com o gráfico **19**, a grande maioria das puérperas (91,7%), relata pretender amamentar o recém nascido (RN). Apenas 8,3% não pretende amamentar. Estes dados podem ser atribuídos às diversas campanhas que vem sendo realizadas no CS e na mídia com o objetivo de estimular o aleitamento materno.

Importante salientar que uma boa parte das puérperas referiu pretender amamentar até o terceiro mês de vida do RN, ou seja, durante o período de Licença Maternidade. Este dado é coerente com a posição das mulheres no contexto atual em que fazem parte da força de trabalho para ajudar no orçamento familiar.

Gráfico 20. Relatos Acerca do tipo de Parto Referenciados por Mulheres Puérperas usuárias do CS Mont Serrat - Florianópolis - SC, Fevereiro/Junho 2001



Fonte - Dados colhido pelos acadêmicos durante o período de estágio

Percebe-se, analisando o gráfico **20**, que apesar do número de cesáreas neste grupo (32,3%) ser menor que no grupo de gestantes, ainda está acima do preconizado pela Maternidade Segura, que é de 25%.

Cremos contudo, que esta diferença de valores entre puérperas e gestantes pode ser atribuída ao fato de que as puérperas tiveram o último parto recentemente, em um momento onde a área da saúde vem evidenciando as

vantagens do parto normal sobre a cesárea para o binômio mãe/filho, contribuindo portanto para a diminuição da realização deste tipo de parto. Some-se a isto o fato do SUS, atualmente, pagar o mesmo valor pelo parto cesáreo ou normal.

A título de ilustração transcreveremos um exemplo de um cuidado de enfermagem, seguindo a metodologia proposta por Leininger:

Processo de Cuidar – Registro - Puérpera

<u>Identificando a(s) Necessidade (s) de Cuidado</u>					
Data	Conhecendo sobre o Cuidado	Refletindo sobre o Cuidado	Planejando o Realizando o Cuidado	Avaliando o Cuidado	Percepção do Enfermeiro
27/04/01	<p>- Não possui conhecimento acerca de métodos contraceptivos e nunca os utilizou.</p>	<p>- O déficit de conhecimento acerca de métodos anticoncepcionais mostra ausência de escolha da mulher em engravidar ou não, refletindo assim a falta de planejamento familiar. Além disso o fato de não utilizar nenhum método de contracepção inclui a não utilização de preservativo, relato este preocupante uma vez que a mulher esta exposta a riscos de adquirir DST/HIV, pois é visível nesta comunidade o consumo e o tráfico de drogas.</p>	<p>- Demonstrar a existência dos tipos de métodos contraceptivos, explicando como sendo sua utilização, a eficácia e os aspectos negativos de cada método. Orientar sobre a importância da utilização do preservativo como método contraceptivo.</p>	Repadronizar.	<p>- Percebo que, mesmo com todas as informações que são transmitidas à população, seja pela televisão, rádio, profissionais de saúde e outros, vi como as mulheres desta comunidade necessitam de educação em saúde enfocando a sexualidade, os métodos contraceptivos e planejamento familiar.</p>

Processo de Cuidar – Registro - Puérpera

<u>Identificando a(s) Necessidade (s) de Cuidado</u>					
Data	Conhecendo sobre o Cuidado	Refletindo sobre o Cuidado	Planejando o Realizando o Cuidado	Avaliando o Cuidado	Percepção do Enfermeiro
09/04/01	- Puérpera refere amamentar o RN com sucesso.	- O aumento do conhecimento e a promoção do aleitamento materno no grupo de gestante serve de incentivo para o êxito da amamentação e a continuidade do processo educativo no puerpério envolvendo os familiares favorece o apoio ao prolongamento do aleitamento materno exclusivo.	- Estimular a auto-confiança, enfatizando os efeitos benéficos para o RN/família. - Sensibilizar para prevenção de complicações que interferiram no aleitamento: fissura, mastite.	Manter.	- O aumento do conhecimento constitui um dos fatores para promoção do aleitamento materno, mas para o sucesso efetivo há necessidade de todo um suporte familiar e respeito à sexualidade do casal.

7.1.6 Objetivo 6

Elaborar materiais didáticos para o desenvolvimento das atividades práticas, facilitando o processo educativo.

Com a realização das consultas e o planejamento das oficinas à gestante, foi criado por nós um esquema, denominado “Esquema Básico de Comportamento Sexual Humano Possível na Gravidez e no Pós-Parto”, que tem por objetivo explicitar de forma clara e objetiva as variantes de comportamento sexual que um casal pode adotar durante a gestação e pós-parto, baseando-se basicamente em quatro tópicos principais, a saber:

Situação Um: Quando a mulher deseja manter uma relação sexual com penetração e o parceiro também;

Situação Dois: Quando a mulher deseja manter uma relação sexual com penetração, mas o parceiro não;

Situação Três: Quando a mulher não deseja manter uma relação sexual com penetração mas o parceiro deseja;

Situação Quatro: Quando a mulher não deseja manter uma relação sexual com penetração e o parceiro também não.

Este esquema se encontra em apêndice (apêndice3).

Através destas situações, pudemos estudar e compreender melhor os comportamentos possíveis na expressão da sexualidade para um momento tão singular como o período gestacional e no pós-parto. Este esquema foi utilizado durante treinamento dos agentes comunitários como referido nos objetivos não planejados mas executados e também durante as consultas.

Durante a prática diversos recursos didáticos foram utilizados para facilitar o processo de educação para a saúde, entre os quais podemos citar: criação de um mural direcionado à gestante/ puerpera (sendo que o mesmo ficou fixado na recepção do posto); onde eram abordados assuntos relacionados a gestação e cuidados de saúde para a mãe/ mulher e seu bebê, como por exemplo

informações sobre aleitamento materno, sua importância para o desenvolvimento saudável do bebê, etc.

Além disto, como proposto em uma das estratégias deste objetivo, foi elaborado um folder sobre atividade sexual na gestação e pós parto, direcionado a gestante puérpera e casal, utilizando uma linguagem acessível à população alvo, restringindo-se, portanto, o uso de termos técnicos e de difícil compreensão. Sua construção foi reforçada a partir da necessidade explicitada pela clientela de se ter acesso a este assunto tão pouco abordado pela equipe de saúde nas consultas de pré-natal (apêndice 4).

A elaboração deste folder foi considerada por nós de suma importância uma vez que foi uma forma de sistematizar e socializar o conhecimento em alguns aspectos da sexualidade na gestação e pós-parto.

A criação deste material educativo, por fim, veio atender a um dos pressupostos pessoais do grupo de alunos: o de que a socialização do saber em saúde é uma das funções do enfermeiro.

Consideramos portanto, este objetivo plenamente alcançado.

7.1.7 Objetivo 7

Realizar oficinas com grupos de gestantes/casais grávidos, incluindo a temática da sexualidade:

Para este objetivo nos propusemos a reinstituir o grupo de gestantes, o que já se deu em fevereiro, durante nosso estágio extracurricular. Estas oficinas aconteciam quinzenalmente, sendo abordados os temas como abaixo se segue:

Primeira Oficina (22/02): Apresentação dos alunos e das gestantes, montagem de cartaz pelas gestantes com escolha dos temas a serem desenvolvidos nos próximos encontros; participaram desta oficina 07 pessoas, entre gestantes e agentes comunitários.

Segunda Oficina (08/03): Descrição do aparelho reprodutor e órgão genital masculino e feminino, descrição dos passos da fecundação e alterações somáticas que ocorrem com a gestante no primeiro trimestre de gestação; participaram 07 pessoas.

Terceira Oficina (22/03): Somente uma gestante compareceu ao encontro, sendo realizada então, uma consulta de enfermagem com aplicação do nosso instrumento com a mesma;

Quarta Oficina (05/04): Abordada a sexualidade da mulher e da mulher grávida, com discussão sobre mitos e tabus sobre este assunto; participaram 06 pessoas.

Quinta Oficina (19/04): Novamente só uma gestante apareceu e foi realizada uma consulta de enfermagem com aplicação do instrumento com a mesma;

Sexta Oficina (03/05): Nenhuma gestante compareceu;

Sétima Oficina (17/05): Novamente nenhuma gestante compareceu. Fizemos então discussão entre os alunos do grupo sobre o sentimento de todos com relação a este fato, sendo então realizados desenhos e registro de algumas palavras sobre como cada um de nós estava se sentindo:

Kelly: *"Impotência, falência, mãos atadas"*;

Leila: *"Péssima, triste, em dúvida se nosso trabalho está sendo reconhecido;"*

Daniel: *"Chateado com as gestantes, porque elas não percebem como o nosso trabalho é importante."*

Os desenhos encontram-se no apêndice 5.

Oitava Oficina (31/05): Com a ajuda da enfermeira do Centro de Saúde, conseguimos um número recorde de gestantes (13) no nosso encontro, onde foram então trabalhadas a auto-imagem e a auto-estima com a técnica de manipulação da argila, teatro de fantoches abordando a atividade sexual na gestação e ainda foi verificado pelos alunos o esquema vacinal das gestantes bem como realização ou agendamento de exames colpocitológicos.

Neste objetivo encontramos algumas dificuldades como a captação de demanda para as oficinas fato que se deveu basicamente aos problemas enfrentados pela comunidade como dificuldade de acesso ao CS, principalmente para as gestantes devido ao morro e a escadaria de 62 degraus. Outro problema foi a violência, como já referido em objetivo anterior, sem esquecer o fator violência domiciliar que em alguns momentos inibiu a participação de algumas gestantes no grupo.

Achamos de grande importância as oficinas para gestantes/casais grávidos, nos sentindo em alguns momentos frustrados pela pouca demanda, mas aprendendo sempre, crescendo com a experiência dos desafios a se enfrentar, percebendo que muitas vezes é necessário um período longo para a aceitação pelos clientes do nosso trabalho.

Mesmo assim acreditamos ser a realização de oficinas, uma estratégia importante, na medida em que nelas são trabalhados os anseios e dúvidas da clientela a ser atendida.

Avaliamos, portanto, este objetivo como sendo cumprido.

7.1.8 Objetivo 8

Ampliar conhecimento científico e popular sobre sexualidade e gravidez.

Para alcançar este objetivo, procuramos realizar pesquisas em literatura científica e da mídia, ampliando e aprofundando nosso embasamento teórico sobre sexualidade, gravidez e puerpério.

Uma forma de ampliar o conhecimento teórico foi através da realização de fichas de leitura, as quais foram levadas para discussão em grupo com a orientadora, além de enriquecer nossa revisão bibliográfica.

Outra forma de ampliar os conhecimentos foi por intermédio de depoimentos de gestantes, puérperas, parceiros e inclusive agentes de saúde

durante as consultas de Enfermagem e as oficinas com gestantes/casais.

A seguir transcreveremos alguns relatos de clientes, a saber:

Relacionados a auto imagem/auto estima:

Falas de Puérperas:

- ***“ Me acho velha, gostaria de ser mais bonita”.***
- ***“ Me acho legal, gosto de mim”.***
- ***“Me acho bem”.***
- ***“ Acho-me bonita, me curto bastante”.***
- ***“ Me acho feia por fora, estou ficando velha, por dentro me acho bonita”.***
- ***“ As vezes bem, as vezes caída”.***
- ***“ Não me acho bonita”.***
- ***“ Não sei dizer”.***

Falas de Gestantes:

- ***“ Acho-me bonita, me curto bastante”.***
- ***“ Mudanças físicas, barriga crescendo, mas acho que as mudanças foram positivas”.***
- ***“ Vejo que engordei, sinto a mesma coisa”.***
- ***“ Gordinha, muito boa, mais bonita do que antes, pois tenho uma luz especial”.***
- ***“ Me acho ridícula, gorda”.***
- ***“ Na gestação não me sinto bonita, a gente nunca fica ajeitada”.***
- ***“ Na outra gravidez, no final me sentia grande, pois estávamos numa fase não muito boa”.***
- ***“ Se pudesse retirava cicatriz e estrias”.***
- ***“ Feliz porque tenho marido e filhos”.***
- ***“ Antes até gostava, agora é estranho, me acho gorda”.***
- ***“ Feliz com o corpo, o máximo”.***
- ***“ Ridícula, depois que me casei. Na gravidez me acho boa por dentro e mais ou menos por fora, bonita, boa pro coração”.***
- ***“ Sinto-me bem bonita e meu esposo diz que eu fico ainda mais sensual”.***
- ***“ Me sinto gorda, mas não feia, por dentro me acho uma pessoa bonita”.***

Relativos a motivação para atividade sexual:

Falas de Gestantes:

- ***“ Depende do dia”.***
- ***“ Gostaria de ter relações sexuais, mas não com meu parceiro atual”.***
- ***“ Não motivada”.***
- ***“ Normal”.***
- ***“ Me sinto bem”.***
- ***“ Sinto vontade”.***
- ***“ Piorou na gravidez” (maioria das falas)****
- ***“ Sim me sinto motivada”.***
- ***“Me sinto desmotivada para a atividade sexual pois sinto dor na relação e tenho medo de machucar a criança”.***

Falas de Puérperas:

- ***“Me sinto ansiosa para voltar a ter relações”.***
- ***“ No momento ainda não me encontro motivada”. (maioria das falas)***
- ***“ Um pouco desmotivada”.***

Relativos a ocorrência de orgasmo:

Falas de Gestantes:

- ***“Minhas relações são boas, umas 4 por mês. Consigo ter orgasmo. Nunca me masturbei, sempre ele que toma a iniciativa”.***
- ***“Minhas relações são muito boas, sinto vontade e quase sempre consigo ter orgasmo... Nunca me masturbei nem masturbei meu marido, não sei como é que se faz. Ele sempre faz carinho antes de começar a transar”.***
- ***“Tenho orgasmos, e nestes momentos sinto um arrepio pelo corpo todo. Nunca me masturbei nem nunca masturbei o meu marido... Eu sei que a mulher se excita bem mais rápido que o homem, mas acho que não tem problema nenhum. Não tenho fantasias”.***
- ***“Consigo sentir prazer”.***
- ***“Tenho orgasmos; sempre é ele que toma a iniciativa”.***

- ***“Tenho orgasmo sim, duram mais ou menos dez minutos. Nunca me masturbei e não masturbei nunca o meu marido”.***
- ***“Em algumas relações eu conseguia ter orgasmos; ultimamente nossas relações estão melhorando”.***
- ***“Minhas relações sempre são com muito prazer, meu namorado faz carinho em mim sempre, e acho que tenho orgasmo na maioria das relações”.***
- ***“Tem carícias, mas não sei se tem orgasmo”.***
- ***“Tenho orgasmo na maioria das relações”.***
- ***“Tenho orgasmo, em mais ou menos noventa por cento das relações”.***

Falas de Puérperas:

- ***“Minhas relações são boas, mas não sei o que é orgasmo”***(pela explicação da acadêmica diz ter, às vezes).
- ***“Na maioria das vezes tinha orgasmo”.***
- ***“Só fui sentir prazer depois que me casei. Meu marido sempre me faz carinho, e consigo sentir orgasmo”.***
- ***“Não tenho fantasias. Nosso sexo sempre é bom, mesmo quando eu não tenho orgasmo; nunca me masturbei... Não sei o que é orgasmo”.***
- ***“Tenho orgasmo em mais ou menos metade das relações, é sempre o meu marido que me procura”.***

Ao nosso ver este objetivo foi de grande importância, pois nos permitiu enriquecer os conhecimentos tanto na teoria quanto na prática, no conhecimento popular e científico, haja vista que a apropriação do conhecimento contribui para a segurança e desempenho profissional de qualidade.

7.1.9 Objetivo 9

Contribuir com o curso de graduação em enfermagem da UFSC socializando o conhecimento adquirido através de nosso trabalho.

Para atingir este objetivo, nos propusemos a participar de duas aulas de sexualidade da 4ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. Assim, participamos no dia 29/03/01 de uma aula, cujo tema abordado foi “Resposta Sexual Humana” e na qual pudemos abordar o tema de nosso trabalho relatando também nossas experiências vivenciadas no CS Mont Serrat. A outra aula deveria contar com nossa participação em 29/06/01. Contudo, infelizmente, não pudemos estar presentes na 2ª aula desta turma, tendo em vista o início da apresentação dos trabalhos de conclusão de curso da Graduação em Enfermagem da UFSC previsto para o dia 28/06/01, e na qual nossa presença é obrigatória.

Na nossa opinião, a participação na aula da graduação (4ª fase) foi fundamental para nosso crescimento, pois além de nos permitir divulgar nosso trabalho, transmitindo e trocando idéias acerca de nossas experiências, vivências e ansiedades, nos fez perceber, ao nos reportar ao tempo de alunos da 4ª fase, o quanto, apesar do muito que ainda temos pela frente, já crescemos e amadurecemos como profissionais enfermeiros.

Consideramos este objetivo alcançado.

7.1.10 Objetivo 10

Participar de eventos científicos com o objetivo de aprofundar conhecimento sobre o tema.

Sabíamos de antemão que eventos científicos na área da sexualidade infelizmente são raros no contexto social brasileiro; contudo, depois de intensa procura por parte dos alunos conseguimos participar de quatro importantes

eventos, como relatado a seguir:

Participamos, no dia 24 do mês de maio da Palestra: "Conversando Sobre Sexualidade Humana", com a palestrante Olga Regina Zigelli Garcia, onde foi realizada primeiramente uma breve retrospectiva histórica sobre o estudo da sexualidade, seguida por uma abordagem sobre as diferenças entre a resposta sexual feminina e masculina, culminando com uma discussão sobre mitos e tabus existentes sobre sexo e relação sexual (Os certificados encontram-se no anexo 1).

Além desta, também participamos no dia 16 do mês de maio de outra palestra que fazia parte do ciclo de palestras promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) na semana do Sistema Único de Saúde (SUS), intitulada A Sexualidade, com a palestrante Sayonara, onde foi abordada a sexualidade do profissional de saúde e como seu comportamento para com o cliente muitas vezes se encontra arraigado a conceitos culturais ultrapassados e danosos ao bom desenvolvimento de uma comunicação terapêutica (não foram fornecidos certificados desta palestra).

Ainda, estivemos presentes no Terceiro Encontro Municipal de Gestantes, realizado no Centro Sul, no dia 29/05/2001, aonde foram ministradas diversas palestras sobre desenvolvimento da criança de 0 a três anos, modificações na Carteira de Saúde, entre outros.(certificados no anexo número 2).

Por fim, participamos do evento "Não Há Relação Sexual", realizado nos dias 26 e 27 de maio de 2001. No referido evento, foi abordada a sexualidade do ponto de vista da psicanálise de uma forma muito aprofundada, o que tornou difícil a nossa compreensão, dificultando nossa aprendizagem. (os certificados ainda não foram recebidos).

Apesar disto, avaliamos como muito proveitosas todas as palestras, já que através delas foi possível reforçar e melhorar nosso conhecimento sobre o tema sexualidade humana, o que foi fundamental para aumentar nossa segurança durante as consultas de enfermagem que foram realizadas.

Contudo ficamos frustrados e porque não dizer tristes, pelo fato de que durante o nosso período de estágio aconteceu, em São Paulo, o "Congresso

Brasileiro de Sexualidade", do qual infelizmente deixamos de participar em função do alto preço da inscrição (R\$ 400,00), que tornou inviável a nossa participação.

Gostaríamos inclusive de abrir um parêntesis para questionar valor tão exorbitante para a inscrição no referido congresso. cremos que um dos objetivos ao se realizar um evento deste porte é, ou ao menos deveria ser, o de socializar as inovações e os novos conhecimentos acerca da temática proposta. Contudo, ao se cobrar tão elevada taxa de inscrição limita-se severamente o acesso de muitos estudiosos, interessados e simpatizantes pelo tema, restringindo portanto, a expansão e divulgação dos novos estudos. Há de se repensar este tipo de atitude por parte dos organizadores de tal evento.

Por fim concluímos, apesar de tudo, ter sido este objetivo plenamente alcançado.

7.1.11 Objetivo 11

Avaliar periodicamente o desenvolvimento do projeto.

Foram realizadas reuniões quinzenais com a orientadora onde avaliávamos o desenvolvimento do projeto, bem como o alcance dos objetivos, discutindo as estratégias adotadas sempre que necessário. Além disso, durante todo o estágio, reservávamos para nós, os alunos, um tempo para discutir o desempenho das atividades que haviam sido propostas, ao menos uma vez por semana. Entre outras atividades, era desenvolvida uma avaliação do grupo enquanto indivíduos, procedimento este que acreditamos ter contribuído para o bom clima de relacionamento interpessoal que reinou até o final do estágio, entre os membros da equipe.

Avaliar quinzenalmente o projeto com a orientadora foi, sem dúvida, um importante fator que contribuiu para que pudéssemos superar todas as dificuldades que apareceram gradativamente durante todo o estágio. Poder contar com alguém com mais experiência e sempre disposto a sanar dúvidas e encontrar

caminhos, transmite ao aluno em estágio a segurança necessária para que possa desenvolver o seu trabalho com calma e uso do raciocínio científico. Se não tivéssemos este suporte durante nosso estágio, com certeza teríamos perdido um tempo precioso, muitas vezes andando em círculos sem conseguir vislumbrar a melhor saída.

Consideramos, pois, este objetivo alcançado.

7.1.12 Objetivo 12

Realizar estágio extracurricular no CS do bairro Mont Serrat:

Realizamos estágio extracurricular no referido Centro de Saúde de 07/02/01 até 23/03/01, desenvolvendo durante este período várias atividades como relatado nos objetivos não programados e executados e no objetivo número um. Além disso, iniciamos um contato com a comunidade da área de abrangência do referido local e com os funcionários do CS, nos familiarizando com a dinâmica do atendimento à clientela para que assim pudéssemos inserir com mais propriedade nosso atendimento dentro do contexto encontrado.

Pelos motivos acima expostos, avaliamos como muito proveitosa a realização do estágio extracurricular, que serviu como uma preparação prévia para que pudéssemos buscar o alcance de nossos objetivos, já que o tempo de estágio obrigatório é, ao nosso ver, relativamente curto para tão grande trabalho a ser desenvolvido. Fazer estágio extra nos fez entrar mais confiantes no campo de atuação no início do estágio obrigatório, descobrindo problemas e solucionando-os, avaliando o campo e propondo adequações quando estas se faziam necessárias, poupando assim, um tempo importante, além de iniciar o estabelecimento de vínculo com nossas clientes.

Consideramos, portanto, este objetivo plenamente alcançado.

7.1.13 OBJETIVOS NÃO PROPOSTOS E ALCANÇADOS

1- Treinamento de Agentes Comunitários:

Foi realizada, no dia 18/04/01, a convite de uma das enfermeiras organizadoras do evento abaixo referido, uma participação no Treinamento de DST/AIDS para os Agentes de Saúde, onde permanecemos, durante cerca de duas horas e meia, realizando uma palestra junto aos agentes sobre Resposta Sexual Humana com especial enfoque à resposta sexual durante a gestação, onde foram abordados temas como aparelho genital feminino e masculino, ponto G, fecundação, fases da Resposta Sexual Humana, mitos e tabus referentes à mesma e apresentação de esquema elaborado pelos alunos sobre alterações da resposta sexual na gestação e atitudes mais comuns da mulher/casal frente às mesmas.

Avaliamos como muito proveitosa a realização desta atividade haja vista que, através da troca de informações com os agentes comunitários, foi possível não só a divulgação de nosso trabalho e conscientização dos agentes para a questão da sexualidade, mas também a percepção dos tabus e mitos com relação ao sexo que existem entre os próprios agentes comunitários, refletindo a dificuldade de se abordar tal tema junto à população em geral.

Contudo, é importante salientar que o treinamento dos agentes comunitários não ficou restrito apenas ao momento da palestra por nós ministrada; este treinamento foi contínuo, perdurando por todo o estágio, com os alunos refletindo sempre com os agentes as condutas frente a sexualidade de cada um.

Após a atividade de treinamento dos agentes comunitários, percebemos através de relatos dos mesmos, como foi importante assistirem nossa palestra. Entre os relatos, podemos citar:

"Gostei, pois estou grávida e tinha muitas dúvidas que consegui entender depois da palestra"

Margarida *, Uma agente comunitária no segundo trimestre de gestação.

"Cheguei em casa e comecei a pensar no que eu tinha escutado de sexualidade, aí eu me dei conta que, por sete anos, eu esqueci de mim, e vivi só pros filhos, mas agora depois do que eu aprendi, vou voltar a me preocupar mais comigo, porque eu entendi que não é porque eu tô velha que eu não tenho sexualidade, não é?"

Rosa *, Uma senhora que ao ser convidada para participar de uma pequena dinâmica, preferiu apenas observar.

Contudo, apesar da orientação que fizemos aos agentes, não sentimos melhora na demanda e discutindo este problema com o grupo de alunos e profissionais, percebemos que tínhamos resolvido apenas um dos problemas, que foi colaborar com o processo de aprendizado dos agentes, visto que vários outros fatores já relatados em outros objetivos, como violência, localização do posto, tráfico de drogas, etc., impediam ou dificultavam a vinda das gestantes ao posto.

Apesar disto, vimos como muito proveitosa a nossa orientação aos agentes comunitários, pois como foi possível observar nos relatos, contribuimos para que muitos deles aumentassem o conhecimento sobre o tema sexualidade humana, aplicando-os na sua vida pessoal e desvendando novos horizontes.

2- Execução de Técnicas:

Em função da baixa demanda que ocorreu em alguns dias de estágio, somada ao grande número de clientes para outras especialidades, decidimos realizar, durante o tempo disponível em que não houvesse gestantes ou puérperas a serem atendidas, outras técnicas não estabelecidas previamente. Entre elas podemos citar a realização de vacinas, nebulizações, curativos, retirada de pontos, triagem, preparação de pacotes de gazes e de curativo, coleta para exames de colpocitologia oncótica, entre outras.

Cremos ter sido importante estipular e ter deixado claro para a equipe de saúde que tais técnicas não seriam realizadas rotineiramente pelos alunos, já que não constituía um objetivo do nosso projeto e sim apenas quando houvesse disponibilidade e tempo para a realização das mesmas, desde que não

interferissem no bom andamento de nosso trabalho. Tal postura manteve-se durante todo o estágio e foi importante para evitar mal-entendidos e possíveis interpretações errôneas sobre nosso verdadeiro papel na instituição enquanto estudantes, assim como para a manutenção da busca constante do alcance de nossos objetivos.

Avaliamos como importante a atividade desenvolvida (execução de técnicas), já que nos proporcionou contato com boa parte da clientela do CS, quando aproveitávamos então, para divulgar nosso trabalho. Somando a isso, a realização de várias técnicas serviu como reforço para nossos conhecimentos dos procedimentos de enfermagem e melhoria da interação com toda a equipe de saúde, o que foi proveitoso para todos.

3- Estudo de Caso com a Orientadora

Uma vez que a nossa orientadora faz consulta de Enfermagem em sexualidade, em alguns encontros com a mesma fizemos estudo de caso, das clientes por ela atendidas.

Avaliamos este objetivo como importante para o enriquecimento de nosso conhecimento ao mesmo tempo em que através de sua execução, nos sentimos mais seguros para fazer os atendimentos em sexualidade.

8. FAZENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluirmos o desenvolvimento de nosso projeto julgamos importante ressaltar que assim como Gonçalves e Franzon (1997, pg. 149), julgamos que:

“A busca de um referencial teórico veio a confirmar nossa percepção acerca do processo de cuidar, propiciando conhecimento do ser humano que extrapola a esfera do biológico, direcionando para um cuidado de Enfermagem ajustado à crenças, valores e modo de vida das clientes atendidas, o que possibilitou que as expressões, padrões e estilos de cuidados fossem sentidos por nós e pela clientela de acordo com o seu contexto cultural”

O cuidado de Enfermagem por nós desenvolvido com bases culturais foi um instrumento decisivo no desafio transcultural da promoção do potencial sexual da mulher/casal na gestação e puerpério, uma vez que ao trabalhar com indivíduos diferentes valorizamos o saber popular e buscamos respeitar os valores de vida de cada cliente. Portanto as expressões e padrões de comportamento da clientela foram por nós percebidos de modo diferente em cada cliente, mostrando a influência da cultura no processo vital de cada uma, ratificando os conceitos da teoria de Leininger.

Os dados colhidos e o nosso atendimento leva-nos a concluir através deste trabalho que:

As mulheres da comunidade do Mont Serrat, na sua maioria com baixa escolaridade, iniciam a vida sexual precocemente, ainda na adolescência e verbalizam esta primeira experiência como ruim. Estes dados, já analisados no

corpo do trabalho apontam para a necessidade de um projeto de educação em saúde nesta comunidade enfocando a temática da sexualidade, métodos anticoncepcionais, planejamento familiar e prevenção de DST/AIDS sendo que esta última deve ser voltada para o contexto cultural desta comunidade uma vez que as propagandas veiculadas na mídia aparentemente não tem se mostrado eficazes para esta população, onde pudemos observar através do nosso dia-a-dia no Centro de Saúde muitos casos de HIV os quais infelizmente, não nos é possível quantificar, sendo este fato fortalecedor da necessidade de trabalhos/pesquisas sobre esta temática.

Em relação ao uso de métodos contraceptivos e planejamento familiar, constatou-se nas gestantes um mal uso dos métodos (o que não ocorreu com as puérperas), assim como um baixo índice do uso de preservativo e do planejamento familiar. Importante salientar que na amostra estudada não apareceram o uso do Dispositivo Intra-Uterino (DIU), ou do Diafragma.

Constatamos, ainda, a dificuldade do Sistema de Saúde em trabalhar a sexualidade, seja em programas desenvolvidos, ou mesmo no atendimento através de consultas pelos profissionais de saúde. Percebemos a deficiência não só estrutural, mas científica já que a temática da sexualidade é pouco ou nada abordada nos eventos promovidos para treinamento dos profissionais e inclusive em currículos de cursos universitários. Durante o curso de Enfermagem pudemos constatar esse déficit de abordagem à sexualidade do cliente, além disto verificamos, trabalhando a saúde da mulher e na obstetrícia, que a mulher não “conhece o seu corpo”, fato este que com certeza ficou mais evidente, nítido, através do desenvolvimento de nosso projeto trabalhando com a sexualidade da mulher/casal na gestação e no puerpério.

Percebemos quão enraizados os mitos acerca deste tema se encontram, principalmente quando relacionados a gestação, pois esta mulher, como já mencionado no corpo do trabalho, é vista como um ser “puro”, portanto assexuado. Além disso, ela vive uma submissão a tabus e regras super morais da sociedade, com sua sexualidade interferindo no seu processo de ser saudável.

Juntamente com estas observações verificamos que a mulher não olha, não toca e não conhece sua genitália, pois esta região é “proibida, feia”, sendo portanto pecado querer conhecê-la. Isto se processa e é transmitido já na infância quando os pais ao ensinarem seus filhos a reconhecer seu corpo, muitas vezes omitem a região genital, ou ainda, se a criança por si mesma busca conhecê-la, é no ato repreendida pelos pais e acaba crescendo com a idéia de que a região genital, sexo e assuntos relacionados são sujos, errados e proibidos.

Além disto constatamos também, no desenvolver de nossa assistência, que um dos fatores dificultantes ao se trabalhar os sentimentos e dúvidas das puérperas acerca do retorno à atividade sexual, foi o fato de que a maioria se encontrava no período de “quarentena”, como já explicado no objetivo 5. Este fato, associado ao pouco tempo de estágio não permitiu que acompanhássemos as puérperas depois de as mesmas já terem ultrapassado o período de resguardo, privando-nos portanto de colher dados que seriam igualmente enriquecedores.

De qualquer maneira, acreditamos que as informações compartilhadas com as puérperas serviram de alguma forma, para o crescimento de ambos, estudantes e clientes.

Salientamos assim que o presente estudo demonstrou que para a maioria das mulheres a gestação interfere na sexualidade piorando esta última qualitativamente.

A preocupação com sua saúde geral e por conseqüência com a saúde do conceito faz com que a sexualidade, muitas vezes já problemática antes da gravidez, ou até mesmo quando presente, ativa e bem resolvida, fique em 2º plano, na condição de **“stand by”**, a espera da volta da “normalidade”.

No entanto temos que ter consciência que este contexto relacionado à sexualidade na gravidez traz para a gestante medos, inseguranças e fantasias que, via de regra, tendem a interferir na sua relação consigo mesma e com o parceiro.

Portanto, na nossa percepção, fica claro que esta mulher precisa de ajuda profissional no sentido de equacionar os problemas decorrentes das alterações

de sua sexualidade na gravidez, com o objetivo de resgatar e promover seu potencial sexual e por consequência o potencial de sua saúde total.

Gostaríamos de reforçar o conceito de que a gravidez não é doença e de que a mulher poderá, nesta situação, levar uma vida normal cuidando de si e acima de tudo sendo vista enquanto ser humano por trás de sua barriga, com suas necessidades humanas presentes, que se não supridas podem levá-la à perda da saúde, lembrando que segundo Stoppard (1995) a gravidez é uma fase que permite a maior cumplicidade entre os parceiros ao descobrirem, juntos, novas formas de buscar o prazer.

Por fim, depois de terminado o estágio, é unânime em nosso grupo a idéia de que, o Enfermeiro pode sim, trabalhar mesmo em condições adversas como as presenciadas por nós durante todo o estágio, se para tanto utilizar todas as “armas” de que dispõe. Entre estas, salientamos:

1. Sensibilização dos agentes comunitários, os quais, mesmo que só em sua micro-área, por possuírem um vínculo maior com a comunidade e portanto a possibilidade de interagir eficientemente com a mesma;
2. Identificar e criar vínculo com pessoas “chave” da comunidade, a fim de, através delas, conseguir atingir a maior parcela possível da comunidade;
3. Ter sempre em mente que estabelecer um vínculo forte com a comunidade não é uma tarefa fácil e denota antes de tudo tempo e paciência.
4. Estar ciente de que a responsabilidade do enfermeiro deve andar passo a passo com a responsabilidade política dos governantes e que se uma das duas não estão sendo corretamente cumpridas, a outra fica consequentemente deficitária.

Em momentos diferentes do estágio, utilizamos todas estas metas, uma por vez ou todas juntas e tivemos o prazer de perceber como elas realmente funcionam.

Sem dúvida nenhuma, muito foi aprendido, muito foi assimilado. Pudemos perceber como são coisas diferentes o trabalho dentro de uma instituição de saúde e o trabalho em uma comunidade. O trabalho na comunidade exige, sem dúvida nenhuma, paciência e determinação, para que se possa vencer todas as

barreiras que são postas entre o enfermeiro e o cliente. Estas barreiras existem sempre, em maior ou menor grau, dependendo da família, da época, da qualidade da interação por parte do profissional e de tantos outros fatores que são difíceis de expressar através de palavras, em tão poucas linhas. Devemos, portanto, enquanto profissionais, estar preparados para enfrentá-las, desmontando-as aos poucos, conscientes do nosso papel de zelar pela saúde do próximo, zelando sempre primeiramente, pela nossa própria.

E se, ao final do estágio, uma só pessoa lhe disser que de alguma forma seu trabalho a ajudou, então terá valido a pena.

9. FAZENDO AS RECOMENDAÇÕES

1. Aos Alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC

Vivam a Universidade, conheçam mais do que o caminho que vai da sala de aula até a sua casa, respirem os ares da sociedade, pois é dela, futuro enfermeiro, que você vai cuidar.

Procure estudar, pesquisar e mostrar o que a Enfermagem faz: crie, escreva, publique. Lembre-se que para lutar pelos seus direitos é preciso conhecê-los.

Mas lembre-se que, para cuidar do outros é preciso estar bem; então não esquite muito a cabeça, pois por mais difícil que os desafios te pareçam sempre existe uma saída, uma mão amiga. Momentos de lazer são saudáveis e necessários.

E não se esqueçam, como disse Bertold Brecht, "Eu sustento que a única finalidade da ciência é aliviar a miséria humana".

2. Ao Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC

Por muito tempo, o sexo/sexualidade foi encarado como algo nojento, grotesco, sobre o qual não se deveria falar ou pesquisar. Muitas pessoas sofreram com esta situação, pois não tinham a compreensão necessária da sua sexualidade, de forma que não a exerciam em sua totalidade. Foi desta forma,

também, que o exercício da sexualidade foi considerado, em alguns momentos, como causador de diversas patologias físicas e ou psiquiátricas. Felizmente, atualmente, temos a possibilidade de estudar e conhecer cada vez mais este assunto tão cheio de mitos. É um privilégio do qual não devemos abrir mão.

Deixamos como sugestão para o Curso de Graduação em Enfermagem, portanto, acrescentar aulas curriculares que abordem mais a temática de Sexualidade, uma vez que esta é uma necessidade humana básica.

No decorrer do curso, nos deparamos muitas vezes com a sexualidade do cliente, tendo cada qual suas peculiaridades como: sexualidade na gestação, puerpério, terceira idade, pacientes psiquiátricos, entre outros. Assim, sentimos a necessidade de que o curso de Enfermagem da UFSC, proporcione um suporte científico maior sobre este assunto, que venha complementar nossos conhecimentos teórico-práticos.

Acreditamos também, que a partir do momento em que o curso nos forneça de forma satisfatória este conhecimento prévio, teremos a capacidade de lidar com as mais diversas situações que possam e com certeza vão aparecer, tanto em nossa vida acadêmica, quanto em nossa vida profissional.

3. À Enfermeira do CS Mont Serrat

Que continue sempre com seu espírito de luta, garra e força para conduzir seu trabalho com a comunidade, o qual sabemos ser composto muitas vezes de caminhos tortuosos e cheios de espinhos.

Gostaríamos que a enfermeira, sempre que pudesse, lembrasse à comunidade e aos funcionários do CS as metas de nosso trabalho; metas estas que não foram só ajudar a mulher/casal grávido e puérpera na melhoria da expressão de sua sexualidade, mas da importância de se sentir bem consigo mesmo e de saber como nossas vidas são preciosas.

Lembramos aqui também, como é importante que se incentive a comunidade a participar de reuniões promovidas pelo CS (grupo de gestantes, de

hipertensos, de diabéticos e outros), ou por outros órgãos públicos ou privados (como Encontro de Gestantes realizado no Centro Sul). Para que haja uma verdadeira adesão de toda a comunidade, acreditamos muito na força e no poder da enfermeira de cativar as pessoas, para que estas se sintam motivadas a participar destes eventos.

4. Às Autoridades Políticas

Para que os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, possam cumprir o seu dever de prestar cuidado à toda a população, promovendo, mantendo ou recuperando a saúde, é necessário que tenham um suporte operacional a fim de poder efetivar sua função. Neste suporte incluímos segurança, local adequado de trabalho, material adequado, entre outros.

Infelizmente, ao realizarmos estágio no bairro Mont Serrat, percebemos claramente como a violência está presente naquela comunidade. Foi com pesar que constatamos, ainda, a precariedade de acesso ao Centro de Saúde e a falta, mesmo que momentânea, de algumas medicações básicas. Num contexto como este, infelizmente o profissional acaba por não desempenhar tudo que poderia se estivesse em melhores condições, ficando portanto, o atendimento à comunidade deficitário.

Sugerimos maior atenção das autoridades responsáveis, para estas questões básicas que anseiam por uma resposta, a fim de aprimorar o atendimento populacional pela equipe de saúde.

5. Aos profissionais de saúde:

Recomendamos aos profissionais, que continuem sempre na luta diária por um melhor atendimento à comunidade. Sabemos por experiências vivenciadas no estágio, ser um trabalho árduo mas gratificante, pois é possível acompanhar de

perto, a evolução da saúde da comunidade. Seria muito importante também, que se fizessem mais trabalhos relativos à educação em saúde para a clientela como palestras na escola, no posto, reuniões na Igreja, entre outros...

Gostaríamos de salientar aqui de como é imprescindível que haja uma boa comunicação entre a equipe, pois fazendo-se isto, o trabalho renderá muito mais. E tanto a comunidade como a equipe irão sentir os benefícios.

10. RELATANDO A BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

- 1) American Journal of Obstetrics & Gynecology. **Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women.** Abril 2001. Disponível na Internet Ovide: Bibliographic Records.
- 2) CASTRO, Alencar, G; LOPES, Previz R. **Enciclopédia da sexualidade.**1 ed. Rio de janeiro : Editora Três, 1995.
- 3) GARCIA, Olga, R. C. **Resposta sexual humana e sexualidade feminina: Verdades, mitos e inexatidões.** Dissertação. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998.
- 4) GARCIA, Olga, R. C. **Orgasmo feminino: da expressão ao início da compreensão.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1992.
- 5) GEORGE, Júlio B. In: **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos Para a Prática Profissional.** Tradução por Regina machado Grages et al: Artes Médicas, 1993.Cap 7.tradução de : Nurse Theories: The Base for Profisssonal Nurse Practice.

- 6) GONÇALVES, D. ; FRANZON, J. S. **Do Hospital ao Domicílio: Cuido do Binômio Mãe-Filho na Iniciação do Rito de Passagem do Nascimento**, 1997.
- 7) MADUREIRA, V. **Eu, Você- Nós: Co-Participantes No Educar**. Florianópolis .UFSC. 1994.Dissertação(mestrado em enfermagem).Universidade Federal de Santa Catarina.
- 8) MAESTRI, Eleine e LIZ, Suian. **Acompanhando a Mulher-mãe em seu Processo de Maternidade: Vivenciando o Cuidado Cultural**. Monografia Florianópolis, UFSC, 1998. Universidade Federal de Santa Catarina.
- 9) MAINOU, Carlos, GIMÉNEZ, Salvador. **A Gravidez Mês a Mês**. Rio de Janeiro: Editora Globo 1995.
- 10) MASTERS, W. H. e JOHNSON, V.E. **A conduta Sexual Humana**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S. A ., 1979. Tradução Dr. Dante Costa.
- 11) MARZANO, Celso. **Sexo na Gravidez**. Disponível na Internet. <http://www.sistemedico.com.br/gestante/gestante/sexo/index.htm>.2000.
- 12) MONTENEGRO, Carlos A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1995.
- 13) MONTGOMERY, M. **Mulher o Negro do Mundo**. São Paulo: Editora Gente, 1997.
- 14) MONTICELLI, Marisa. **Nascimento Como um Rito de Passagem para o Cuidado às Mulheres e Recém-Nascidos**. Florianópolis, Robe editorial,1997. 346 p.

- 15) NETO, Jorge S. Caldeira. **Enciclopédia do Estudante**. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1974.
- 16) **Órgãos Genitais Externos** . Disponível na Internet.
<http://www.sexualidade.com/docs/orgaosgenitaisfemininosexternos.php>.3.
Fevereiro de 2001.
- 17) **Órgãos Genitais Internos** . Disponível na Internet.
<http://www.sexualidade.com/docs/orgaosgenitaisfemininosinternos.php>.3.
Fevereiro de 2001.
- 18) PATRICIO. In: **Marcos Para a Prática de Enfermagem com a Família**. Florianópolis.UFSC,1994.p. 93-118. Universidade Federal de Santa Catarina.
- 19) **Resposta Sexual Humana** Disponível na Internet.
<http://www.sexualidade.com/docs/respostasexualhumana.php>.3 Fevereiro de 2001.
- 20) REZENDE, J. **Tratado de Obstetrícia** . Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1991.
- 21) RICO, Ana M.M.S. **Sexualidade na Gravidez**. Disponível na Internet.
<http://cadernodigital.uol.com.br/guiadobebe/psicologia-gestante/sexualidadenagravidez.htm>.
- 22) SANTOS, Odaléia M. B.; ZAMPIERI, Maria de Fátima. **Puerpério Normal, Patológico e Consulta Puerperal**. In: Textos de Apoio para a Assistência à Saúde da Mulher Programa Capital Criança- PMF. Florianópolis, 1998.

- 23) SANTOS, Andréia F; STUEPP, Mirtes A.; SAUCEDO, Tatiana. **Vivendo o Processo do Nascimento: Cuidando do Recém-Nascido, Puérpera e sua Família Inseridos Num Contexto Cultural**. Monografia. Florianópolis. UFSC, 1997. Universidade Federal de Santa Catarina.
- 24) SOUZA, Maria A. **Teoria Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leninger**. Florianópolis, 2000. Pg. 38 e 43 (trabalho não publicado).
- 25) SOUZA, Maria A. **Práticas Pedagógicas com famílias e Crianças com Desnutrição Através da Metodologia Problematicadora**. Monografia do Curso de Especialização em Metodologia de Ensino e Profissionalizante em Enfermagem. Florianópolis, 2000. Pg. 47.
- 26) SOUZA, Maria A. **Saúde da Família – Possibilidades e Limites para a Valorização do Programa de Saúde na Comunidade de Mont Serrat**. Florianópolis, 2001 (trabalho não publicado).
- 27) STOPPARD, Mirian C. **Gravidez e Nascimento**. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Globo, 1995.
- 28) SUPLICY, Marta. **Conversando sobre Sexo**. 20ª edição atualizada. Petrópolis: Editora Vozes LTDA, 1999.
- 29) TEDESCO, Júlio de A.; ZUGAIB, Marcelo; QUAYLE, Julieta. **Obstetrícia Psicossomática**. 1ed. São Paulo: Editora Atheneu, 1997.
- 30) VARGAS, M. **Manual do Orgasmo - Sexo e Prazer a Dois**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1995.

- 30) VIEIRA, Patrícia M.; LIZ, Tatiane G. de; GESSER, Vera L. **Climatério e Sexualidade – da Realidade à Possibilidade de Cuidar em Enfermagem.** Monografia Florianópolis: UFSC, 1999. Universidade Federal de Santa Catarina.
- 31) WATERKEMPER R. ; SPINOSA, r. In: **Fortalecendo o Potencial do Trinômio Mãe/Filho/ Para o Auto Cuidado. Em Nível Hospitalar e Domiciliar.** Monografia. Florianópolis. UFSC, 2000. Universidade Federal De Santa Catarina.
- 32) ZIEGEL, Erna e CRANLEY, Mecca. **Enfermagem Obstétrica.** 7 ed. Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1980 715p.

11. RELATANDO AS PERCEPÇÕES INDIVIDUAIS DOS ACADÊMICOS

11.1 – DANIEL

Esta oitava fase realmente foi demais. Sabe, por mais que digamos que estamos preparados, é só na oitava fase que nos damos consciência de que realmente, em breve, mas muito breve mesmo, seremos enfermeiros, profissionais de saúde, com uma série de responsabilidades, deveres e direitos.

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) reflete bem, ao menos para nós, que participamos ativamente da elaboração e posterior aplicação do mesmo, o crescimento pessoal e profissional que tivemos. O tempo passou voando, parece que foi ontem que iniciamos o estágio, cheios de medos e preocupações com os desafios que sabíamos que viriam. Realmente eles vieram, mas um a um foram superados. Nós mesmos, como diria Leininger, mantemos, acomodamos ou repadronizamos nossas atitudes, nossa forma de pensar no decorrer deste estágio.

Particularmente creio ter sido esta uma das mais importantes experiências que tive durante toda a minha vida acadêmica. Apreendi muito, em muitos aspectos. Nunca pensei que fosse tão difícil trabalhar em um grupo. Sabe, você que está lendo, se ainda não passou por isso talvez não entenda, mas conviver quase diariamente com mais três pessoas, compartilhando com elas, mesmo sem querer, suas alegrias, tristezas, mudanças de humor, por cinco meses não é uma coisa fácil. Mas os laços que se fizeram, eu tenho certeza que não se romperão mais, pois formamos quase uma família, um grupo que apesar das briguinhas que

sempre ocorrem, foi um grupo unido. Não vou esquecer nunca a risada descontraída da Kelly, a extroversão (é isto mesmo) da Leila, as piadas e o bom senso da Edimar, e de como nos divertimos em vários momentos do nosso estágio, mesmo quando estávamos estressados; o nosso grupo foi especial, porque foi constituído por pessoas muito especiais, cada uma fazendo bem alguma coisa, completando o nosso trabalho, refletindo, crescendo junto; obrigado a todas vocês. Não posso esquecer de um quinto integrante do nosso grupo, que foi a professora Olga. Vou dizer uma coisa, a injeção de ânimo que esta mulher consegue dar é uma coisa fantástica. Com certeza, quem nos via entrando na sala da Olga, cabisbaixos, estressados, inseguros, e depois nos via sair, eufóricos, confiantes, entusiasmados, ficava impressionado. Sem dúvida ela foi mais uma integrante, estando junto em todos os momentos e nos ajudando a definir o melhor caminho. Orientar é isto, fica aí o exemplo.

Por fim, quero dizer que me sinto bem mais confiante agora. Sei que os desafios que virão não serão fáceis, mas aprendi a confiar na minha “cuca”, e no que eu sei. Obrigado aos professores, Tânia, Rosângela, Maria Inês, Gelson, Neri, Alcir, Moacir, Ana Rosete Josiane e tantos outros que se eu fosse dizer todos com certeza daria outro TCC. Obrigado à turma da oitava fase de Enfermagem 2001-1, que me ensinou como são poucas as amizades verdadeiras, como é raro e escasso o companheirismo e me fez compreender um pouco melhor por que a nossa profissão é tão desunida. Vocês me fizeram crescer, me tornaram mais forte.

E é isso aí gente, vou à luta e o mundo que se cuide.

11.2 – EDIMAR

Olá, eu estou aqui porque quero ser Enfermeira!

Como são cansativas as primeiras fases, parece ter tanta teoria e a anatomia que você já encara logo na 1ª fase, é uma loucura! Imagine, 3ª fase já vou para o hospital, como vai ser o 1º estágio. E o que é pior ou melhor, sei lá, os estágios não param mais. Vem a Saúde Pública, a 5ª fase e os processos, a Pediatria, socorro! Criança doente é de “cortar o coração”! Vem a Clínica e o Centro Cirúrgico: olha a contaminação! Vem as Emergências e UTI, que pavor, quanta adrenalina, será que vou conseguir? Vem a Administração, “puxa”, quanta coisa o enfermeiro tem que fazer! A Psiquiatria onde, muitas vezes a gente “se acha”! A Obstetrícia, que lindo ver o começo de tudo. Por fim, o momento de escolher uma área para desenvolver o TCC. E agora? O que escolher? Onde atuar? Ai que indecisão! Quanta insegurança, trabalhar sozinho, o professor não mais ali cuidando de cada passo seu.

Bem, o sonho tornou-se realidade, olho para o caminho traçado e vejo meu crescimento, vejo quanto ainda tenho a percorrer; vejo as transformações que sofri e sei que muitas mais vão acontecer, mas cheguei aqui e por isto quero agradecer a quem tornou isto possível: agradecer aos colegas e aos amigos que fiz durante o curso; a cada mestre que passou por minha vida, alguns de maneira muito especial, aos quais não citarei nomes para não cometer a imperdoável falha de não mencionar algum. Agradeço aos meus pais por todo amor, empenho e dedicação para tornar-me uma pessoa melhor, para dar-me saúde, educação e um lar; a minha querida irmã, tesouro que meus pais me deram, “pedrinha preciosa” que, às vezes parece tão frágil como uma flor e em outros momentos forte como uma rocha. Obrigada por ser minha amiga, pela cumplicidade. Ao meu esposo, a quem sem palavras para agradecer deixo aqui apenas um: eu te amo! Aos companheiros de trabalho da CASAN, pelo apoio, incentivo, por todo carinho, muito abrigada, de coração. A Deus, por ser minha força, luz, caminho, verdade, por me ajudar a tornar isto possível!

Para mim a 8ª fase é crescer, amadurecer, aprender a andar com as próprias pernas, tendo ainda o socorro do orientador. É um ensaio para a realidade futura e muito, muito próxima. E, por falar em orientador, eu e meu grupo não tivemos uma orientadora e sim uma amiga, parecia até mais uma componente do grupo. Obrigada por sua dedicação, empenho, pelo colo, pela segurança, pela seriedade, por ajudar-nos a através do nosso trabalho com a sexualidade do outro aprendermos a trabalhar, a lidar com nossa própria sexualidade. Finalmente ao grupo: Daniel, obrigada por tua responsabilidade, seriedade e até pelas piadinhas, as engraçadas e as sem graça também. Kelly, obrigada pelas gargalhadas gostosas, a criatividade a flor da pele e alergia também, não é. E até por tua dificuldade de cumprir os horários da manhã, claro! Leila, obrigada por tua serenidade, tua compreensão, teu carinho e amizade. Pelo teu jeitinho calado e por saber também defender tuas idéias com muita intensidade.

Amigos foi muito bom conhecer, estar, trabalhar com vocês, agora a separação é inevitável, mas saibam contudo, que permanecerão em minha mente e meu coração.


11.3 - KELLY

Sair do interior de Jataizinho e vir para uma capital sem conhecer ninguém é uma aventura, mas era meu objetivo; fazer Enfermagem; hoje posso dizer: Consegui !!!

O sonho de ontem, hoje é realidade e deste nasceram novos sonhos.

Lembro-me do primeiro dia na UFSC, minha primeira amizade; hoje são tantas. Tinha medo de andar, conhecer e me perder. Agora sei que sem enfrentar os medos eu não ando e me perder, às vezes faz parte das conquistas.

Mesmo que eu queira, não dá para escrever tudo que aprendi, pois, cada passo, cada pessoa cuidei, cada amizade que entrelacei tem um sentimento que, só sentindo!

AH!!! Oitava fase, com certeza terá um lugar especial em minha memória e em meu coração, assim como a chegada na Universidade, pois marca, é o fim e um novo começo. Foi ótimo este período, apesar de corrido! Mas correndo bem acompanhado, não tem mal que faça você parar, por isto agradeço aos companheiros: Olga, Edimar, Daniel e Leila. EPA! EPA! Sem choro! Quero dizer que: “eu tenho tanto pra lhe falar, mas com palavras não sei dizer como é grande o meu amor por  vocês”.

Olhem, é muito bom ter o gostinho na boca de ser Enfermeira, mas ao mesmo tempo sair da Universidade dá um friozinho na barriga. Minha cabeça parece um filme acelerado, pois por ela passam mil coisas, vários planos, objetivos, sonhos e sonhos, espero daqui a pouco relatar minhas percepções de meu primeiro emprego.

11.4 – LEILA

Quando cheguei na 8ª fase, nem acreditei! Foi uma fase ótima, cheia de surpresas. Eu olho para trás hoje e vejo como o tempo passou rápido. Ah, mas como eu tenho saudades desse tempo: das aulas de anatomia, do 1º dia de estágio na 3ª fase (como eu estava nervosa!), da 5ª fase (aqueles processos imensos para fazer), a descoberta da minha paixão pela obstetrícia e saúde da mulher na 7ª fase, enfim, resumindo em algumas palavras: eu vou sentir muita saudade disso tudo que aconteceu e está acontecendo.

Isto sem falar nas grandes amizades que fiz. No início do curso eu tinha um grupo de amigos. Da metade para o final esse grupo foi mudando e graças a isto, eu conheci amigos de verdade, que mesmo com as suas diferenças, são pessoas que eu nunca mais vou esquecer e com certeza todas elas sempre terão um lugarzinho reservado no meu coração.

Ao final do curso de Enfermagem me sinto realizada, muito feliz, com força de vontade e disposição para iniciar a minha carreira. Aliado a isto, pretendo continuar estudando e quem sabe mais adiante fazer uma pós-graduação.

A finalização do curso eu também devo a força que a minha família me deu, com incentivos, apoio, palavras de conforto, enfim, sem eles eu não teria nem passado da metade. Muito obrigada, pai, mãe, Aline, André e Juliana (cunhadinha). Eu amo vocês!

12. APÊNDICES

Roteiro para consulta de enfermagem em sexualidade à gestante/puérpera/casal. Adaptado de Vieira, Liz e Gesser (1999).

Identificação:

Nome:

Idade:

Data de Nascimento:

Data:

Registro do prontuário:

Endereço:

Fone:

Naturalidade:

Procedência:

Escolaridade:

Profissão:

Estado Civil:

Religião:

Quanto à residência:

☐ Casa própria ☐ Casa alugada ☐ Outro

☐ Alvenaria ☐ Madeira ☐ Outro

Número de cômodos:

Número de residentes na casa:

Quem são?

Tem saneamento básico?

Renda mensal:

Quando procura o Centro de Saúde?

☐ no caso de doença

☐ para consulta ginecológica

☐ exames periódicos

☐ consulta odontológica

☐ pré-natal

☐ outros

Idade do companheiro:

Escolaridade do companheiro:

Profissão do companheiro:

Fuma? ☐ Sim ☐ Não

Ingere bebidas alcoólicas? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, com que frequência?

Utiliza ou já utilizou algum tipo de droga? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais?

Possui algum problema de ordem:

Respiratória? ☐ Sim ☐ Não

Digestiva? ☐ Sim ☐ Não

Vesical? ☐ Sim ☐ Não

Quanto ingere de líquidos diariamente? Quais?

Como é sua alimentação diária?

Você acha que sua alimentação influencia no desenvolvimento do seu bebê?

Padrão de eliminações:

Intestinal: x ao dia

Vesical: x ao dia

Doenças que já teve:

Medicações de que já fez uso:

Utiliza ou utilizou tratamentos alternativos? Quais?

História ginecológica e contraceptiva:

Menarca (idade e significados):

Exame preventivo de câncer de mama e de colo de útero:

Frequência:

Data do último:

Resultado:

O que acha do preventivo?

Já teve alguma DST? Qual?

Uso de métodos contraceptivos:

Planejamento familiar:

Início do Despertar para a Sexualidade (idade, sentimentos, tipo de toque, auto-estimulação - sentimentos relacionados a 1ª relação sexual):

Sexualidade Pré-conjugal (fantasias, mitos, emoções, vida sexual, prática sexual e preferências, desejo sexual, estímulos sexuais/carícias, frequência sexual, prazer, masturbação solitária ou com parceiros, qualidade do relacionamento sexual {ótimo; muito bom; bom; ruim; péssimo; não se relaciona}):

Sexualidade Conjugal (fantasias, mitos, emoções, vida sexual, prática sexual e preferências, desejo sexual, estímulos sexuais/carícias, frequência sexual, prazer, masturbação solitária ou com parceiros, qualidade do relacionamento sexual {ótimo; muito bom; bom; ruim; péssimo; não se relaciona}):

Sexualidade na gestação (fantasias, mitos, emoções, vida sexual, prática sexual e preferências, desejo sexual, estímulos sexuais/carícias, frequência sexual, prazer, masturbação solitária ou com parceiros, qualidade do relacionamento sexual {ótimo; muito bom; bom; ruim; péssimo; não se relaciona}):

O que é/ o que você achava da relação sexual antes de engravidar?

O que é gravidez para você?

O que mais lhe preocupa neste período?

O que significa amamentação para você?

Sexualidade Pós-conjugal (fantasias, mitos, emoções, vida sexual, prática sexual e preferências, desejo sexual, estímulos sexuais/carícias, frequência sexual, prazer, masturbação solitária ou com parceiros, qualidade do relacionamento sexual {ótimo; muito bom; bom; ruim; péssimo; não se relaciona}):

Possui algum mito ou tabu com relação à relação sexual?

Auto avaliação e motivação para atividade sexual:

Auto-imagem e auto-estima (como se sente olhando-se no espelho? Como se define? Sentimentos em relação a modificações corporais:)

História Obstétrica:

Número de filhos:

Vivos () _____ Mortos () _____

Partos:

Normal () _____ Cesárea () _____

Aborto:

Provocado () _____ Espontâneo () _____

Realizou acompanhamento pré-natal?

Sim () Não ()

Se sim, quantas consultas? _____

Intercorrências em gestações anteriores:

Gestação atual:

Gravidez planejada

Sim () Não ()

DUM: _____ Idade Gestacional: _____ DPP: _____

AFU: _____ BCF: _____

Apresentação: _____ Situação: _____ Posição:

Intercorrências:

Pretende amamentar:

Queixas:

Sexualidade no puerpério: (fantasias, mitos, emoções, vida sexual, prática sexual e preferências, desejo sexual, estímulos sexuais/carícias, frequência sexual, prazer, masturbação solitária ou com parceiros, qualidade do relacionamento sexual {ótimo; muito bom; bom; ruim; péssimo; não se relaciona}):

Amamentação:

Episiorrafia:

Alimentação:

Sentimentos em relação ao retorno atividade sexual:

Retorno atividade sexual em puerpério anterior (tempo, problemas, alterações, etc.)

Retorno atividade sexual:

Iniciou () Não iniciou ()

A quanto tempo: _____

(sentimentos, dificuldades, etc.)

Processo de Cuidar – Registro (adaptado de Maestri e Liz, 1998).

Nome:

Prontuário:

Idade:

Gestante ()

Puérpera ()

Casal ()

IG:

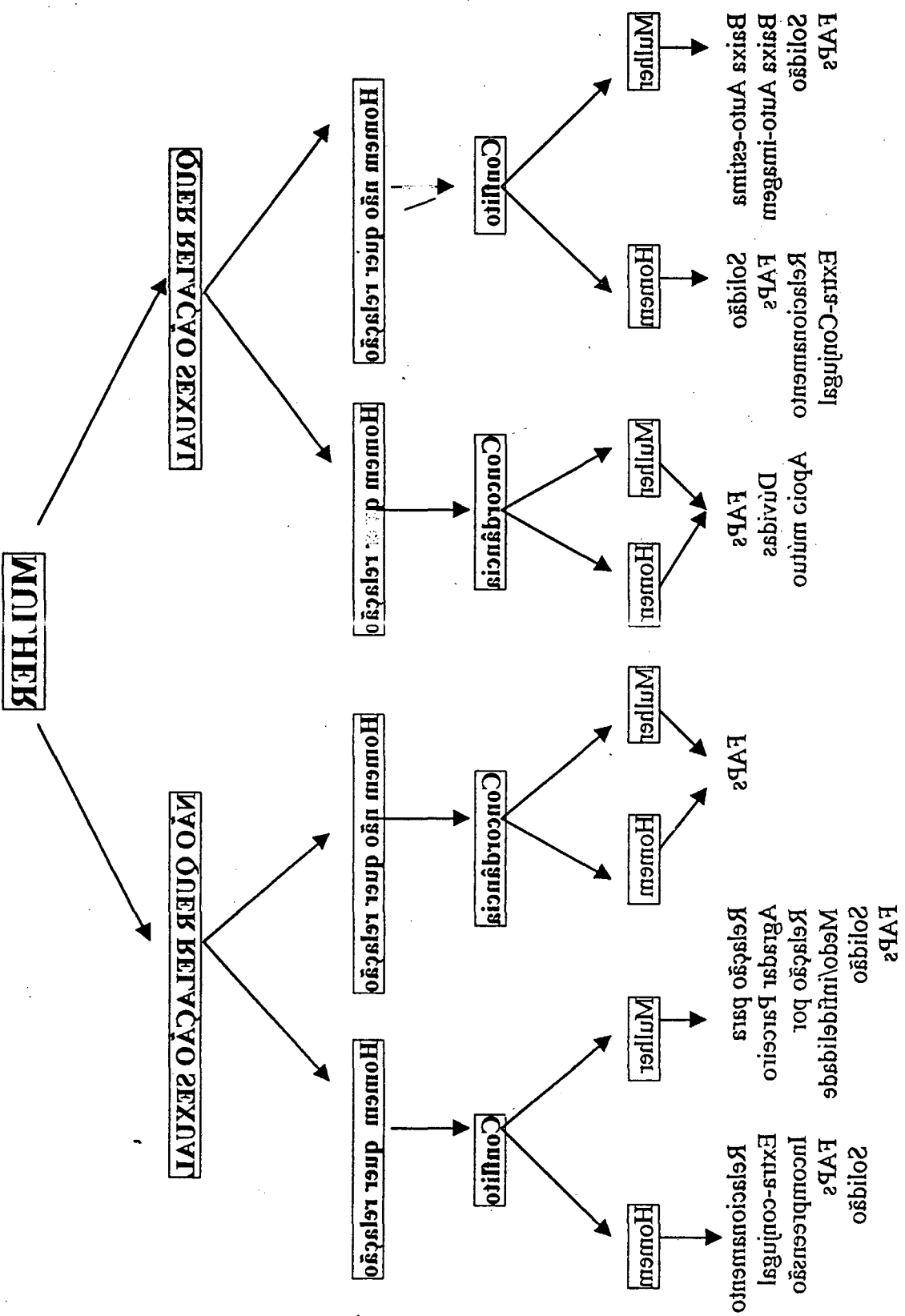
Data Parto:

Sozinha ()

DPP:

Tipo Parto: normal () cesárea () fórceps ()

Identificando a(s) Necessidade(s) de Cuidado					
Data	Conhecendo o Cuidado	Refletindo sobre o Cuidado	Planejando e Realizando o Cuidado	Avaliando o Cuidado	Percepção do Enfermeiro



PARTE SEGUNDO CHIZONI, SOARES, KUBO E FORTUNATO (2001)
ESQUEMA BÁSICO DE COMPORTAMENTO SEXUAL HUMANO POSSÍVEL NA GRAVIDEZ E PÓS-

DO SÉTIMO AO NONO MÊS

* Diminuição do interesse sexual devido:

- Aumento da barriga;
- Cansaço;
- Falta de prazer nas posições mais indicadas durante a gravidez para o ato sexual;
- Medo de provocar um parto prematuro ou machucar o feto;

* Aumento do interesse sexual devido:

- Medo de perder o parceiro;
- Possibilidade de variar posições;

OBS: A grande maioria das mulheres relata diminuição do desejo sexual nos últimos dois meses de gestação.

NO PÓS-PARTO

* Diminuição do interesse sexual devido:

- Episiotomia (medo de abrir os pontos, medo de sentir dor);
- Desordens hormonais;
- Diminuição da lubrificação vaginal;
- Mudança no papel de mulher para mãe;
- Depressão pós-parto;
- Medo de uma nova gravidez;
- Amamentação;

OBS: A grande maioria das mulheres não relata aumento do desejo sexual nesta fase. É importante lembrar que a atividade sexual com penetração vaginal só deve ser retomada trinta dias após o parto.

BIBLIOGRAFIA

1. CASTRO, Alencar G., LOPES, Previz R. *Enciclopédia da Sexualidade*, Editora Três, 1995.

2. MAINOU, Carlos, GIMÉNEZ, Salvador. *A Gravidez Mês a Mês*. Rio de Janeiro: Editora Globo, 1995.

3. STOPPARD, Miriam. *Concepção, Gravidez e Nascimento*. Rio de Janeiro. Editora Globo, 1995.

Elaborado pelos acadêmicos da Oitava Fase de Enfermagem 2001-1 do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina:

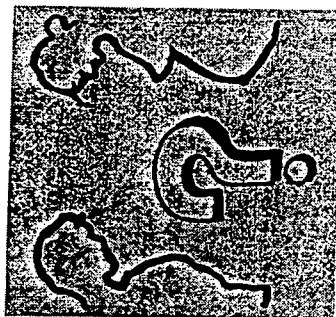
Daniel Matias Ghizoni
Edimar Elza Vieira Soares
Kelly Folly Kuto
Leila Mari Alcântara Fortunato

com a colaboração da professora orientadora:

Olga Regina Zigelli Garcia.

ATIVIDADE SEXUAL

NA GESTAÇÃO E PÓS-PARTO



A maioria das pessoas considera que a atividade sexual deve diminuir ou até mesmo não existir durante a gravidez e no pós-parto.

Esta idéia faz com que a gravidez traga conflitos sem necessidade, pois se não existirem complicações, a atividade sexual pode ser exercida com prazer durante toda a gestação.

As informações aqui contidas tem por objetivo esclarecer a mulher/casal sobre a atividade sexual neste período da vida.

ALTERAÇÕES NA SEXUALIDADE QUE PODEM OU NÃO OCORRER DURANTE A GRAVIDEZ:

DO PRIMEIRO AO TERCEIRO MÊS:

- * Diminuição do interesse sexual devido:
 - Náuseas, enjoos, vômitos;
 - Medo de provocar um aborto espontâneo;
 - Sensação de dor nas mamas;
 - Sonolência.

* Aumento do interesse sexual devido a:

- Perda do medo de engravidar;
- Aumento do volume das mamas.

OBS: A atividade sexual com penetração vaginal por si só não causa aborto espontâneo.

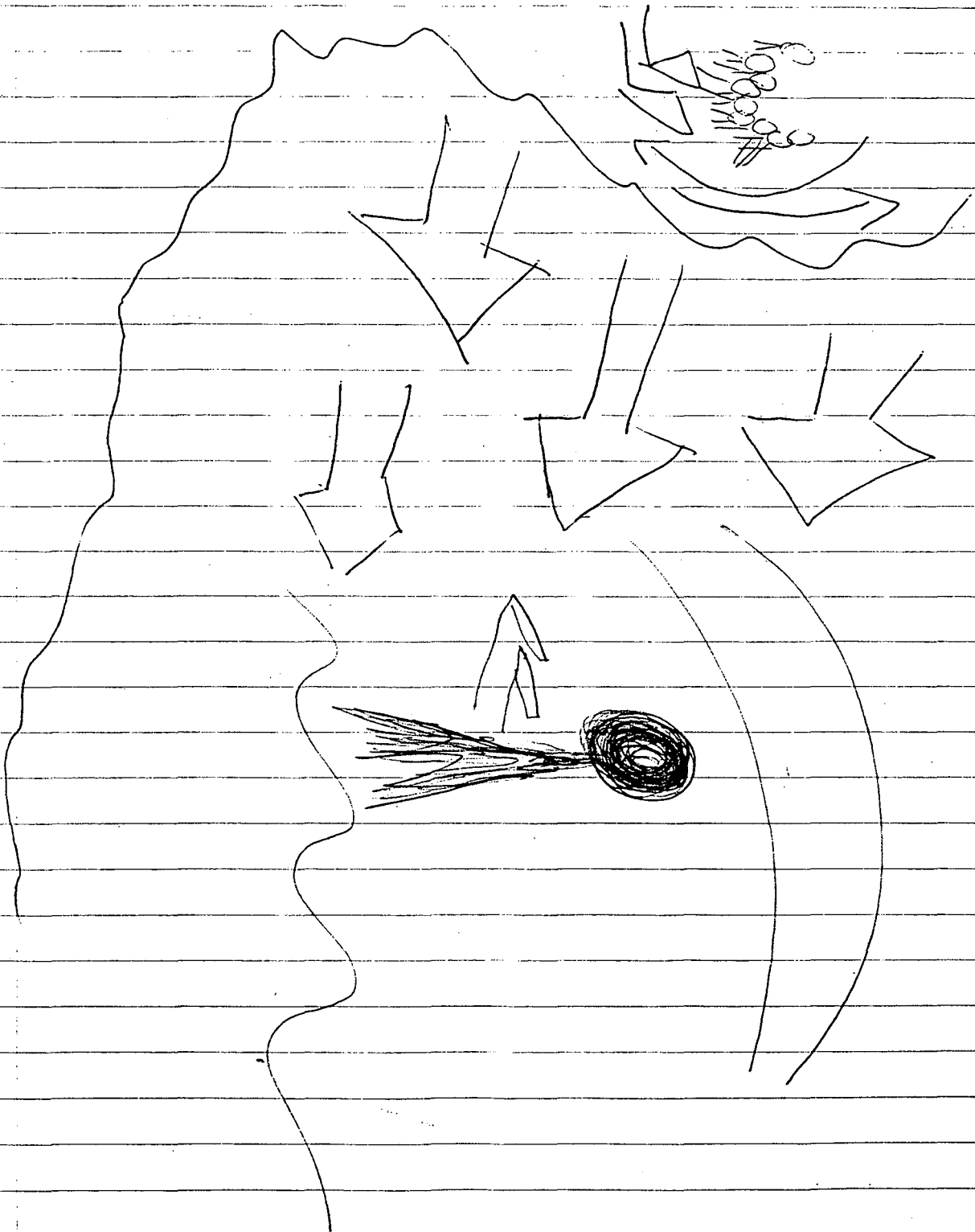
DO QUARTO AO SEXTO MÊS:

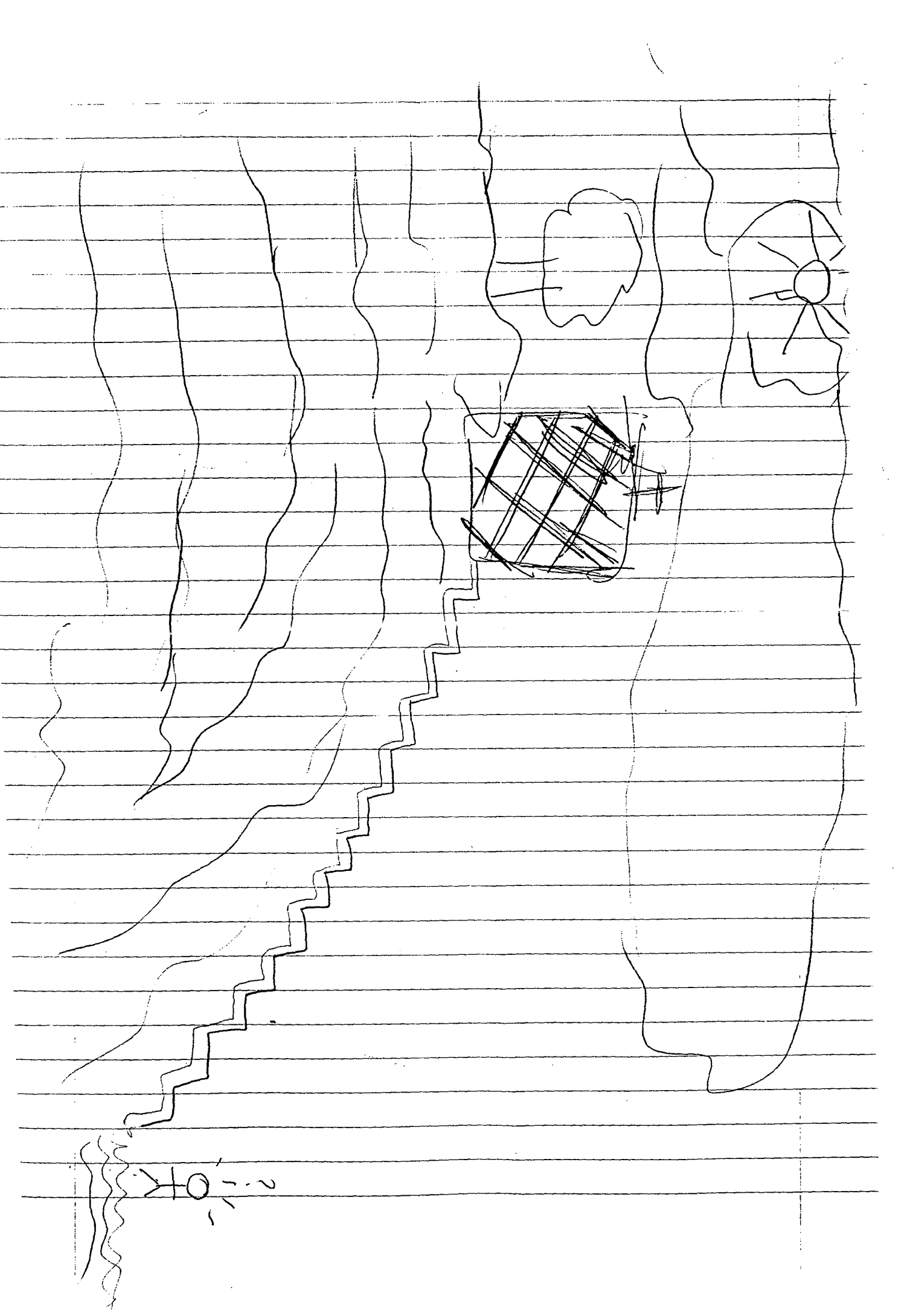
- * Diminuição do interesse sexual devido:
 - Alterações no formato do corpo;
 - Medo de machucar o bebê.

* Aumento do interesse sexual devido:

- Parada de náuseas, enjoos e vômitos;
- Perda da sensibilidade dolorosa nas mamas;
- Maior quantidade de sangue na região genital;
- Maior facilidade para atingir o orgasmo.

OBS: A grande maioria das mulheres diz ser este período o melhor para a atividade sexual, relatando aumento de desejo.





Florianópolis, ____ de ____ de 2001

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade número _____, autorizo a utilização de fotos com a minha imagem em trabalhos de cunho educativo ou científico pelos alunos da oitava fase do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, do semestre 2001-1.

Faço-o de livre e espontânea vontade.

Assinatura

GESTANTE

Os alunos da oitava fase de Enfermagem, juntamente com a Enfermeira do Posto de Saúde da comunidade do Mont Serrat (Cida), lhe convidam para o **Encontro de Gestantes**, a ser realizado no dia 22/02 (Quinta-feira) na Igreja ao lado do posto de saúde, as 9:00 da manhã.

Haverá palestras e recreações.
NÃO PERCA, SEU BEBÊ

AGRADECE

CONVITE

Você está grávida??

Então venha participar do
Grupo de Gestante
do Posto de Saúde Monte Serrat

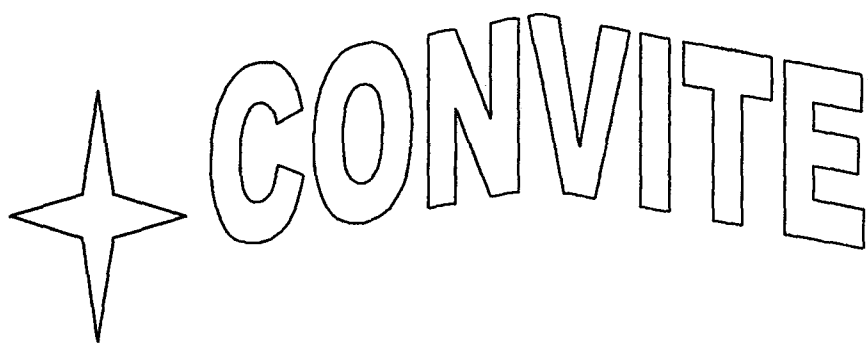
Dia: 05/04 (quinta feira)

Local: igreja ao lado do posto de saúde

Hora: 9:00 horas da manhã.

Haverá palestra e recreação.

Não perca , seu bebê agradece.



CONVITE

Você está grávida??



Então venha participar do penúltimo
Grupo de Gestante



com :

música

teatro

Coquete



sorteio de presentes para seu bebê

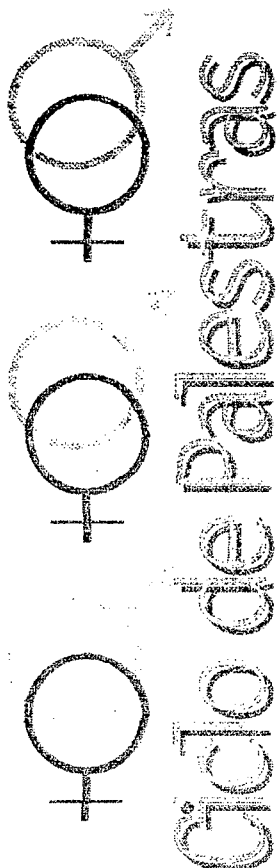


Dia: 17/05 (quinta feira)

Local: na Igreja do Monte Serrat

Hora: 9:00 horas da manhã.

13. ANEXOS



Saúde ao seu Alcance

Certificamos que

DANIEL MATIAS GHIZONI

participou da Palestra "Conversando sobre Sexualidade Humana", Ministrada pela Sr. Olga Regina Zigelli Garcia, no dia 24 de Abril de 2001, com carga horária de 02 Horas.


Edmond Scaff Júnior
Gerente

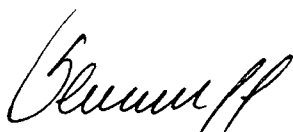


Saúde ao seu Alcance

Certificamos que

KELLY F. KUBO

participou da Palestra "Conversando sobre Sexualidade Humana", Ministrada pela Sr. Olga Regina Zigeli Garcia, no dia 24 de Abril de 2001, com carga horária de 02 Horas.



Edmond Scaff Júnior
Gerente



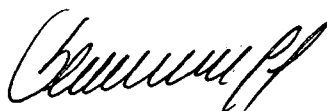

Ciclo de Palestras

Saúde ao seu Alcance

Certificamos que

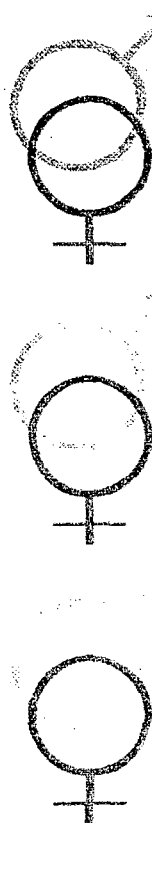
Bula Mari A. Fortunato

participou da Palestra "Conversando sobre Sexualidade Humana", Ministrada pela Sr. Olga Regina Zigelhi Garcia, no dia 24 de Abril de 2001, com carga horária de 02 Horas.



Edmond Scaff Júnior
Gerente




Ciclo de Palestras



Prefeitura de Florianópolis
Secretaria de Saúde



CERTIFICADO

Daniel Matias Ghizoni

Conferido a:
pela participação no: "Seminário Desenvolvimento Integral da Criança de 0 a 3 anos"
promovido pela: Secretaria de Saúde / Programa Capital Criança

No período de: 29 de maio de 2001

Carga horária: 12 horas

Florianópolis, maio de 2001.

Manoel Américo Barros Filho
Secretário de Saúde



Prefeitura de Florianópolis
Secretaria de Saúde



CERTIFICADO

Edimar Olga Vieira Barros

Conferido a:
pela participação no: "Seminário Desenvolvimento Integral da Criança de 0 a 3 anos"
promovido pela: Secretaria de Saúde / Programa Capital Criança

No período de: 29 de maio de 2001

Carga horária: 12 horas

Florianópolis, maio de 2001.

Manoel Américo Barros Filho
Secretário de Saúde



Prefeitura de Florianópolis
Secretaria de Saúde



CERTIFICADO

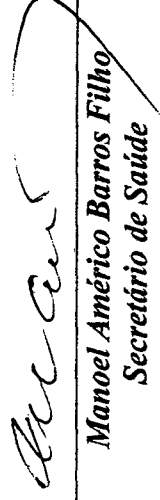
Kelly Lolly Kubo

Conferido a:
pela participação no: "Seminário Desenvolvimento Integral da Criança de 0 a 3 anos"
promovido pela: Secretaria de Saúde / Programa Capital Criança

No período de: 29 de maio de 2001

Carga horária: 12 horas

Florianópolis, maio de 2001.


Manoel Américo Barros Filho
Secretário de Saúde



Prefeitura de Florianópolis
Secretaria de Saúde



CERTIFICADO

Deila Mari Alcântara Setúbal

Conferido a: pela participação no: "Seminário Desenvolvimento Integral da Criança de 0 a 3 anos"
promovido pela: Secretaria de Saúde / Programa Capital Criança

No período de: 29 de maio de 2001

Carga horária: 12 horas

Florianópolis, maio de 2001.

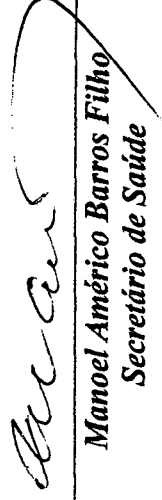

Manoel Américo Barros Filho
Secretário de Saúde



Foto 1 : Interação com a Equipe do Programa de Saúde da Família



Foto 2: Mural Informativo para Gestantes



Foto 3: Encontro de Gestantes



Foto 4 : Sorteio de Brindes no Grupo de Gestante



Foto 5: Trabalhando a Auto-imagem e Auto-estima na argila

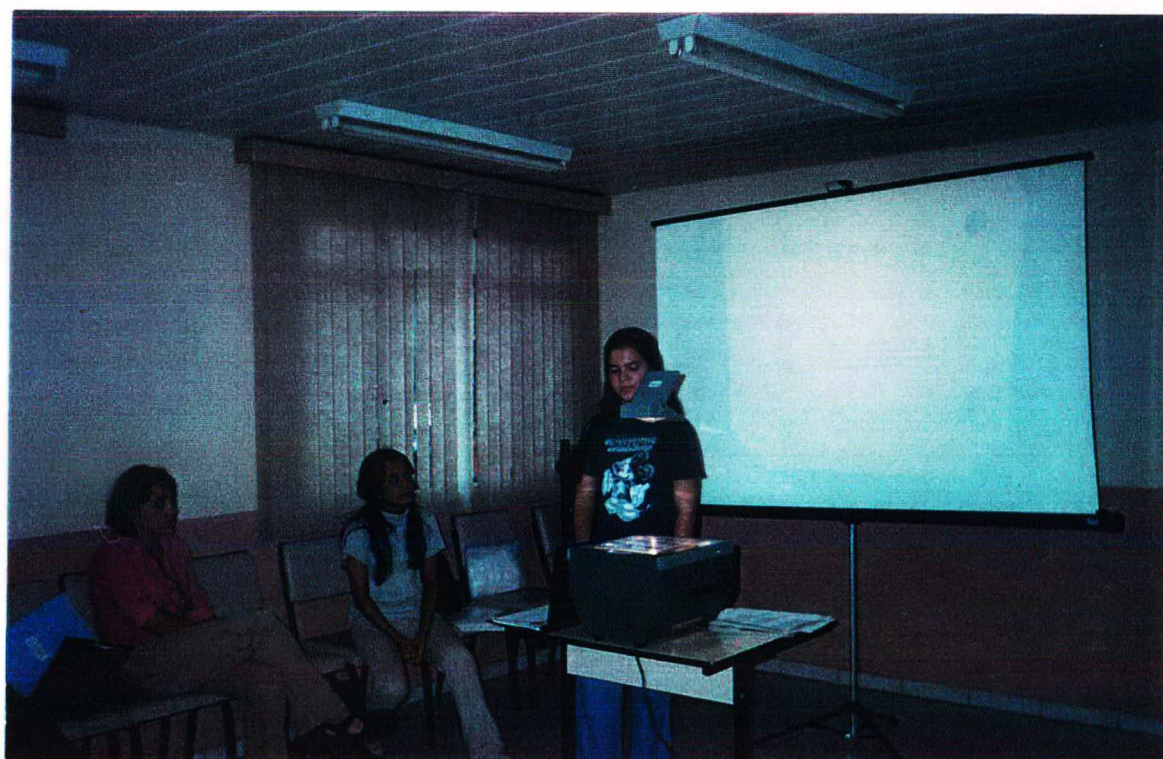


Foto 6: Palestra sobre resposta sexual humana ministrada aos agentes de saúde



Foto 7: Compartilhando experiências com a turma de quarta fase de Enfermagem UFSC.



Foto 8 : Puérpera no caminho a sua residência

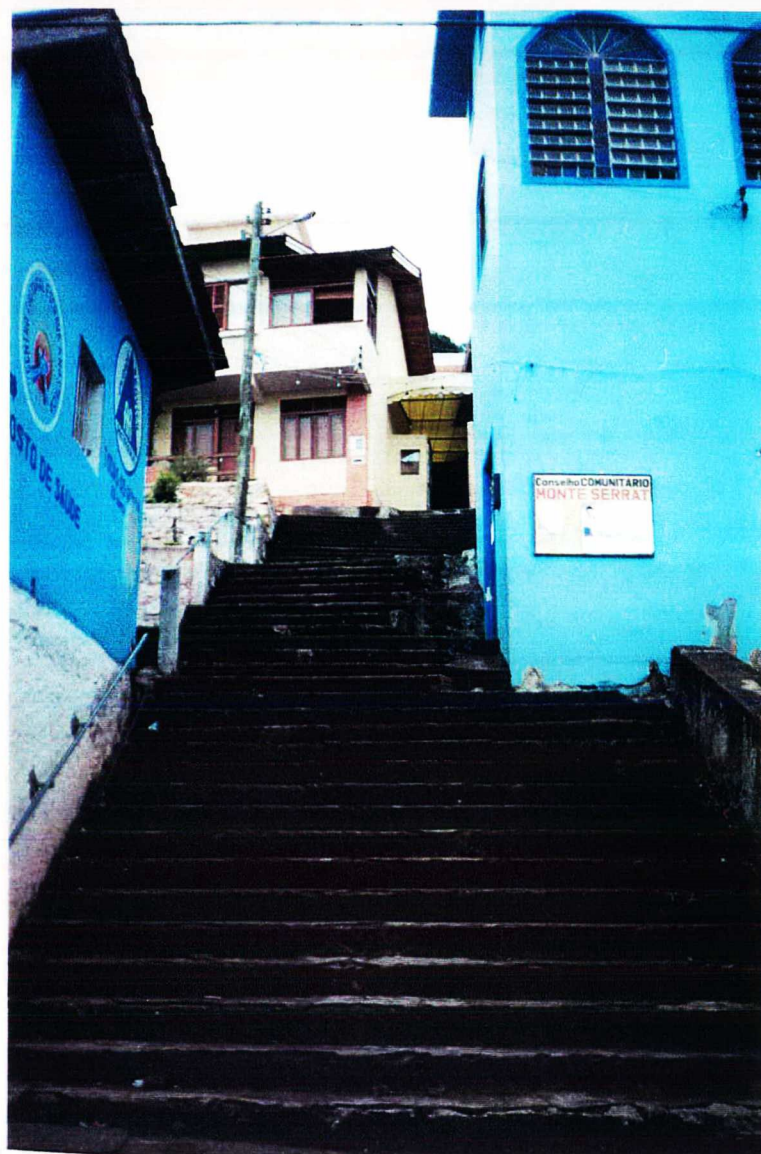


Foto 9: Escadaria de acesso ao CS Mont Serrat



Foto 10 : Visão panorâmica tirado do caminho que leva ao CS Mont Serrat


14. PARECER FINAL DA ORIENTADORA

O Trabalho foi considerado inovador e excelente pela banca examinadora na medida em que produz conhecimento científico na área da sexualidade humana.

A maneira clara e objetiva com que são descritos os resultados demonstra o trabalho realizado, permitindo ao leitor um acompanhamento fidedigno do estudo desenvolvido.

As reflexões feitas pelos acadêmicos contribuem sobremaneira para um novo pensar, trazendo novos paradigmas para assistência pré-natal. Sendo assim, o presente Trabalho obtive da banca examinadora nota 10 (dez).

Spitão, 13/07/01



Prof. Olga Regina Ziegler Garcia